FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE

ANNEE 1967 POUR LE N° 938

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BACHELOT François
né le 19 avril 1940
LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 1967

ETUDE D'UNE POPULATION DE CANCEREUX DE 75 ANS ET PLUS

Considérations Statistiques, Pronostiques et Thérapeutiques

Président : M.H. BRICAIRE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

BACHELOT François

né le 19 avril 1940

LE MANS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 1967

ETUDE D'UNE POPULATION DE CANCEREUX DE 75 ANS ET PLUS

Considérations Statistiques, Pronostiques et Thérapeutiques

Président : M. H. BRICAIRE, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père,

Monsieur le Docteur B. BACHELOT,
Chevalier de l'Ordre National du Mérite.

A ma Mère,

En témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.

A ma Femme,

A mon Fils,

A tous les miens,

A mes amis.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur H. BRICAIRE,

Professeur de Pathologie Médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur J.S. BOURDIN,

Directeur du Centre René HUGUENIN, de lutte contre le Cancer.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous suggéra l'idée de ce travail.

Qu'il trouve ici le ténoignage de notre gratitude

et de notre respectueuse admiration.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur G. LEDOUX-LEBARD,

Chef du Service d'Electro-Radiologie de l'Hôpital COCHIN.

En témoignage de notre gratitude

pour son précieux enseignement.

A nos Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux,

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur BOURGUIGNON

Monsieur le Professeur COSTE

Monsieur le Professeur DUBOST

Monsieur le Docteur BLANCHON

Monsieur le Professeur MERKLEN

A Monsieur le Docteur GEST

Sous-Directeur du Centre René Huguenin
Chef du Service de Radiologie.

Qui nous facilita l'élaboration de ce travail.
En témoignage de nos sentiments très reconnaissants.

A Monsieur le Docteur B. CLAVEL

Chef de Service de Consultation du Centre René Huguenin.

Notre respectueuse reconnaissance pour la
bienveillance qu'il nous a toujours témoignée,
et pour sa participation à ce travail.

A tout le Personnel Médical du Centre René Huguenin.

En remerciement pour leur participation à toutes
les étapes de cette Thèse.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.) GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.) HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

Doyen ..... Georges BROUET

1er assesseur ..... Daniel BARGETON
2ème assesseur ..... Jean GOSSET

I - PROFESSEURS :

I°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	VERNE (J.M.)
-	KUSS (R.)

MM.

Pathologie exotique	BRUMPT (L.C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	PEQUIGNOT (H.)
-	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAROTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (M.)

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES :

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
-	BAUMANN (J.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpétrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)

M.

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
(Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
" " (Foch) ..... PADOVANI (P.)
" " (Beaujon) .... CAUCHOIX (J.)
Clinique de Chirurgie infantile et orthopédique
(Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Baudelocque) ..... DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
(Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard) ... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
(Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales .....
- Beaujon ..... DEPARIS (M.)
- Broussais ..... HILLIEZ (P.)
- Cochin ..... N...
- Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
- Pitié ..... REYFUS (G.)
- Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
- Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
- Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale
(Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais ..... JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies
métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales .....
- Baudelocque ..... LACOMME (M.)
- Saint-Antoine .... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu ..... OLLERET (G.)
" (Cochin) ..... BRUSSAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture
(Saint-Vincent-de-Paul) ..... CHIEPPEY S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec ..... BROUET (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . LUCIANI (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . JOUSSE (J.)

Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpétrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Sénéiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... ANDRE (R.), BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... AZERAD (E.), BOUR (H.), CAROLI (J.), DREYFUS (B.), GROSSIORD (A.), LAMBLING (A.), LAUNAY (Cl.), PAYET (M.), PERRAULT (M.), SIGUIER (F.), WORMS (R.)
Néphrologie ..... RICHET (G.)
Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)
Neurologie ..... LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie ..... MADURO (R.)
Pédiatrie ..... POLONOVSKI (Cl.), ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie ..... KREIS (B.), MEYER (A.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM.

Anatomie pathologique ..... GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale ..... CARTIER (P.), GONNARD (P.), NORDMANN (J.)
Chirurgie ..... [illegible] (G.)
Hématologie ..... BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses ..... DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie ..... TARDIEU (G.)
Pédiatrie ..... ROSSIER (A.)
Physique médicale ..... COURSAGET (J.), GREMY (F.)
Physiologie ..... GIRARD (Fr.)
Stomatologie ..... CHAPUT (Mme A.)
Biologie médicale ..... HARTMANN (L.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES :

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES :

Hormonologie ..... MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAMPREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

On a longtemps admis que les cancers en général, étaient moins évolutifs chez le sujet âgé que chez l'adulte et que les dernières décades de l'existence n'étaient pas concernées par certaines tumeurs malignes (34-35). Les statistiques récentes (3-4-15-18) démontrent au contraire "la fréquence croissante des néoplasmes à un âge avancé" (11). Par ailleurs, des constatations d'autopsies, en particulier en Finlande, (30) ont permis d'imputer au cancer près du cinquième des décès entre 65 et 89 ans.

Ces deux faits : fréquence et léthalité croissantes du cancer chez le sujet âgé doivent écarter de l'esprit de certains praticiens l'idée érronée qu'étant donné la faible évolutivité des cancers à cet âge et les risques thérapeutiques trop grands, le cancer du sujet âgé ne justifie pas un traitement actif spécifique, mais bien au contraire inciter ces mêmes praticiens à dépister plus précocement, et traiter les tumeurs malignes du vieillard. C'est dans ce but que nous avons regroupé un certain nombre de renseignements concernant le "cancer chez les gens âgés".

En particulier, nous apporterons quelques précisions sur :

- la répartition topographique des tumeurs malignes du sujet âgé :
  - . sans considération de sexe d'une part,
  - . en fonction du sexe d'autre part.
- la fréquence relative de ces tumeurs entre elles ;
- l'influence de l'âge sur la décision thérapeutique ;
- leur influence sur la mortalité du sujet âgé ;
- la tolérance de certaines thérapeutiques comme la chirurgie et la télécobaltothérapie ;

- la répercussion du cancer sur "l'espérance de vie" des sujets âgés.

Ces renseignements ont été tirés de l'analyse d'un certain nombre d'observations de malades traités dans un Centre Anticancéreux : le Centre RENE HUGUENIN de St Cloud.

Nous avons confronté tout au long de ce travail les résultats obtenus avec ceux d'autres statistiques et il convient, pour éclairer certaines divergences dans les comparaisons, d'insister sur le caractère très spécialisé du recrutement des malades d'un centre anticancéreux.

- En premier lieu, les malades sont généralement adressés au Centre pour traitement d'un cancer déjà diagnostiqué ; le diagnostic parfois n'est encore que clinique, mais bien souvent, le malade étant adressé par un autre Service hospitalier, le diagnostic a été confirmé au préalable par l'étude anatomo-pathologique. Ailleurs, la lésion est découverte lors d'un examen systématique de dépistage. Mais, dans tous les cas, les cancers sont donc tous diagnostiqués du vivant du malade, ce qui exclut de nos résultats le lot des tumeurs malignes dites "latentes", révélées par l'autopsie.

- En second lieu, toutes les tumeurs malignes du sujet âgé ne sont pas adressées nécessairement pour traitement à un Centre Anticancéreux. De fait, il est tout un groupe de néoplasmes qui échappe volontiers au recrutement de ces Centres :

. les tumeurs chirurgicales : en particulier les cancers digestifs qui sont traités dans des Services de Chirurgie Générale.

. les cancers bronchiques, rapidement au-dessus de toute thérapeutique à cet âge.

. les cancers prostatiques qui n'imposent pas pour le traitement assez univoque, une hospitalisation dans un Centre Spécialisé.

Par contre, les cancers nécessitant un traitement mixte par chirurgie et Physiothérapie, représentent la majorité des cas traités dans ces Centres spécialement équipés. En effet, actuellement, les Centres Anticancéreux sont les seules unités médicales possédant simultanément des Services de Chirurgie et des Services de Physiothérapie (Télécobaltothérapie surtout et pour un petit nombre accélérateurs de particules). C'est pourquoi on adresse préférentiellement à ces Centres les cancers imposant pour leur traitement l'utilisation simultanée ou successive des radiations de haute énergie et de la chirurgie.

Ces remarques, liées au recrutement particulier d'un Centre Anticancéreux, permettront de mieux interpréter nos résultats, mais par ailleurs, indiquent d'emblée que notre statistique sera nécessairement de caractère limité.

Le Centre René HUGUENIN ne fonctionnant que depuis 1959, les observations sélectionnées ne concernent que les dossiers ouverts en 1959-60-61-62 et 63. Pour certaines tumeurs, nous n'aurons que 2 ou 3 ans de recul.

Les dossiers étudiés sont ceux de malades :

- âgés de 75 ans ou plus lors de la première manifestation apparente de leur cancer.

Nous nous sommes intéressés à cette "tranche de vie" en premier lieu, parce que les statistiques de cancérologie concernent rarement les sujets âgés de plus de 75 ans ; en second lieu, parce que le nombre de malades correspondant à cet âge et traités au C.R.H. nous a paru suffisant pour justifier une étude.

- traités uniquement ou partiellement au Centre R.H.

Nous avons divisé l'analyse des résultats en deux parties :

Ière partie ou Etude Globale, où nous rapportons des données concernant :

. les pourcentages relatifs des tumeurs chez le sujet âgé,

. l'importance également relative des différentes thérapeutiques employées,

. la survie moyenne approximative des sujets atteints d'une telle affection, le nombre de survivants à différents moments de l'évolution,

. le problème de la chirurgie carcinologique chez les gens âgés.

2ème partie ou Etude Détaillée des tumeurs malignes que nous avons le plus fréquemment observées chez l'homme et chez la femme âgés de plus de 75 ans.

Cette étude est loin d'être complète, mais pour les 7 localisations suivantes :

Cancers du larynx
du rectum
de l'oesophage
de la lèvre
} chez l'homme

Cancer du sein
du col de l'utérus
du corps de l'utérus
chez la femme

nous indiquons d'une façon schématique pour chaque localisation :

. le nombre de cas observés,

. l'âge moyen des malades,

. la répartition anatomique,

. les manifestations cliniques initiales,

. l'histologie,

. la thérapeutique employée,

. l'évolution carcinologique du point de vue récidive et métastase,

. la survie moyenne des décédés,

. la léthalité du cancer.

*
* *

PREMIERE PARTIE

Notre première sélection globale portait sur 282 dossiers ouverts au Centre entre les années 1959 et 1963 inclus. Nous avons restreint intentionnellement ce premier lot en excluant un certain nombre de tumeurs que nous regrouperons pour une étude à part. En effet, pour la clarté d'interprétation des résultats, il semble souhaitable d'analyser un lot homogène. Or les cancers de la peau s'écartent très nettement des autres par bien des points :

- leur fréquence très supérieure,
- leur évolutivité : en effet, on admet que pour les sujets présentant un tel cancer, la survie à 5 ans est de 92 %, ce qui est très loin d'être vrai en général pour les autres cancers (12).
- leur simplicité thérapeutique en général, tout du moins en début d'évolution.

Par ailleurs, quelques tumeurs mal définies du point de vue classification ou tout simplement du point de vue diagnostic se prêtent mal à une étude précise. Leur nombre est fort restreint et négligeable par rapport aux autres localisations. Dans le tableau I, nous avons regroupé ces différentes tumeurs qui seront rapidement envisagées à la fin de ce travail.

Les principaux résultats obtenus ne concernent donc en définitive que 174 dossiers de malades chez qui le diagnostic de cancer fut porté de leur vivant.

REPARTITION POUR LES DEUX SEXES

Sur les I74 sujets présentant une tumeur maligne :

- 55 étaient des hommes,
- II9 étaient des femmes.

Il nous est difficile de conclure sur la fréquence globale du cancer en fonction du sexe. En effet, nous avons fait remarquer en introduction que nous avions observé très peu de cancers de la prostate et des grosses bronches et en avons donné les raisons vraisemblables. Or, il semble (2-5-6-II-I7-26-28-32) que ce sont là deux des cancers les plus fréquents chez l'homme âgé. Par ailleurs, la population féminine de plus de 75 ans est approximativement le double de la population masculine de même âge. Les chiffres donnés par l'I.N.S.E.R.M. (I5) pour l'année I962 évaluent la population féminine de plus de 75 ans à I.493.000 habitants et la population masculine à 776.I00. Au total, on peut donc admettre que les tumeurs malignes sont plus fréquentes chez l'homme âgé que chez la femme du même âge (II).

Ces tumeurs se répartissaient au point de vue de la localisation, sans distinction de sexe, de la façon indiquée dans le tableau II.

En regroupant de façon artificielle, mais plus parlante, ces résultats par région (tableau III), on constate :

- la très nette prédominance des cancers dits "génitaux" de la femme (sein, organes génitaux proprement dits), qui représentent environ 5I % des cas,
- la fréquence également notable des cancers intéressant l'appareil digestif (cavité buccale, pharynx, oesophage, estomac, intestin, rectum) qui représentent près de 34 % des tumeurs observées,
- le faible pourcentage (I5 %) laissé aux autres cancers. En particulier, venant confirmer nos réserves initiales, il faut noter le petit nombre des cancers de la prostate et des grosses bronches.

REPARTITION EN FONCTION DU SEXE

En reprenant la répartition topographique des tumeurs pour chaque sexe, on observe :

I°) Chez l'homme : sur 55 cas (tableau IV)

- une très nette prédominance des tumeurs malignes du tube digestif et surtout des parties hautes de ce dernier, à savoir essentiellement celles du carrefour aéro-digestif. Elles représentent en effet environ 2/3 des cas. Cette très nette prédominance s'explique par le fait que le traitement de ces différents cancers impose, soit l'association de la chirurgie et de la physiothérapie, soit la physiothérapie seule.

- l'insignifiant pourcentage déjà signalé des cancers des bronches et de la prostate.

Nous avons comparé ces résultats avec ceux de deux autres statistiques (tableau V) :

- la première très vaste, empruntée au CONNECTICUT TUMOR REGISTRY (9). Elle se réfère à 2 267 cas indifféremment traités dans des services généraux hospitaliers ou des centres spécialisés. Il s'agit enfin d'une statistique faite aux Etats-Unis portant sur des cancers diagnostiqués in vivo entre I950 et I954.

- la seconde, comparable en importance à la nôtre, car portant sur 68 cas. Elle est extraite du travail de DELARUE, CHOMETTE et ARYEN (II). Mais elle est fondamentalement différente quant à ses sources, car elle s'appuie sur un

dénombrement NECROPSIQUE effectué à l'Hospice PAUL BROUSSE. Elle fait état en particulier de 25 cancers entièrement latents.

Si l'on tient compte des restrictions nécessaires que nous avons faites pour les cancers des bronches et de la prostate dans notre statistique, on voit que les résultats sont très superposables.

2°) Chez la femme : sur II9 cas (tableau VI)

- une fréquence élevée :
  - . du cancer du sein (43 cas)
  - . du cancer de l'utérus (35 cas)
  - . du cancer de l'estomac (8 cas)
- nous avons également comparé ces résultats avec ceux des deux statistiques précédemment signalées : là encore, on note la similitude des résultats obtenus (tableau VII).

En conclusion de cette étude topographique des cancers, chez les gens âgés, en fonction du sexe, nous avons regroupé dans un schéma les résultats principaux (graphique I).

La lecture de ce graphique, en se rappelant que la population féminine est le double de la population masculine du même âge, met en évidence :

- que certains cancers propres à la femme (sein et organes génitaux) occupent la plus large place dans nos résultats.
- que le cancer de l'estomac est plus fréquent chez la femme âgée que chez l'homme de même âge,

- que les cancers du rectum et du gros intestin sont plus fréquents chez l'homme âgé,
- qu'enfin, les cancers du larynx
  du pharynx
  de l'oesophage
  de la cavité buccale, d'une part

  les cancers de la vessie, d'autre part,

  sont plus fréquents chez l'homme âgé, voire inexistants chez la femme du même âge.

Il est intéressant de comparer les localisations observées chez le vieillard avec celles les plus fréquemment rencontrées dans d'autres "tranches d'âge" de l'existence. Nous le faisons dans les tableaux VIII et IX en fonction du sexe. Nous empruntons les références au Bulletin de l'I.N.S.E.R.M. (I5). Il faut noter toutefois que ces références sont assez "vagues". Tout d'abord, il s'agit du "nombre probable de décès causés par un cancer déterminé" et d'autre part certaines localisations semblent être passées sous silence ou tout du moins regroupées sous la rubrique "localisations autres ou non spécifiées", qui englobe environ le I/3 des cas de la statistique.

Toutefois, la comparaison est assez explicite et on constate :

I°) Chez l'homme, en fréquence relative :

- une diminution constante avec l'âge de la proportion des leucémies, des affections malignes des systèmes LYMPHATIQUE et HEMATOPOIETIQUE, des cancers des os et tissu conjonctif.

- une augmentation progressive et constante de celle du cancer de la prostate.

- le maintien en tête, dans toutes les tranches d'âge, à partir de 40 ans, des cancers de la trachée et des bronches, de l'estomac et de l'oesophage.

- la stabilité des cancers du gros intestin
  du rectum
  de la cavité buccale, du pharynx et du larynx,

qui occupent le milieu du tableau, quel que soit l'âge.

2°) Chez la femme :

- une diminution également constante avec l'âge de la proportion relative des :
  . leucémies,
  . affections malignes du système LYMPHATIQUE et HEMATOPOIETIQUE,
  . des cancers des os et du tissu conjonctif.

- une augmentation constante avec l'âge de la proportion des cancers : du rectum, de l'intestin et de l'estomac et, à un degré moindre de l'oesophage.

- le maintien en tête, dans pratiquement toutes les "tranches" d'âge, des cancers : du sein et du corps de l'utérus.

- alors que la proportion des cancers du col de l'utérus, diminue avec l'age.

- Stagnation du cancer de la trachée et des bronches.

- la plus faible proportion étant occupée, quel que soit l'âge, par les cancers de la cavité buccale et du larynx.

CANCER ET AGE

Dans ce chapitre, on étudie :

- d'une part, la fréquence du cancer en général, en fonction de l'âge au-delà de 75 ans.
- d'autre part, cette même fréquence pour les principaux cancers observés pris individuellement.

FREQUENCE DU CANCER EN FONCTION DE L'AGE, Chez les sujets âgés de 75 ans et plus

Pour obtenir une idée de cette fréquence, il faut comparer la courbe des cancers observés en fonction de l'âge et la courbe de la population à partir de 75 ans (graphique II).

Dans le tableau X, nous avons réparti les dossiers, sans distinction de sexe ni de spécificité des tumeurs malignes, en tranches de 5 ans :

75 à 79 ans,
80 à 84 ans,
85 à 89 ans.

TRANCHES DE 5 ANS	Nombre de dossiers	%
75 à 79 ans	II6	66,7
80 à 84 ans	46	26,4
85 à 89 ans	I2	6,9

TABLEAU X. - REPARTITION DES DOSSIERS, EN TRANCHES DE 5 ANS -

Pour chaque tranche d'âge, nous indiquerons le nombre et le pourcentage de cas observés.

Le graphique III indique la fréquence du cancer en fonction de l'âge :

- chez l'homme (courbe I)
- chez la femme (courbe 2)

Ce sont ces courbes qu'il faut comparer à la courbe de distribution de la population à partir de 75 ans. Nous avons pris pour base de comparaison la population type en France, telle qu'elle nous est indiquée dans le Bulletin de l'I.N.S.E.R.M. (I5). D'après les chiffres avancés (tableau XI) :

- les individus de 75 ans à 79 ans représentent 50,5 % des gens âgés de plus de 75 ans.
- ceux de 80 à 85 ans en représentent 3I,9 %
- et enfin, ceux de plus de 85 ans, I7,6 %.

Dans notre statistique, nous avons observé :

- 66,7 % des cancers chez les individus de 75 à 79 ans,
- 22,4 % entre 80 et 84 ans,
- 6,9 % seulement après 85 ans.

En mettant en parallèle les deux séries de pourcentages (tableau XII), on constate donc qu'apparemment la fréquence du cancer diminue sensiblement avec l'âge à partir de 75 ans. D'une façon distincte pour l'homme et pour la femme, on remarque :

- que la diminution est légère chez l'homme (tableau XIII) ;

- alors qu'elle est beaucoup plus sensible chez la femme puisque 70,5 % des cancers concernent le lot des femmes âgées de 75 à 79 ans, qui ne représente normalement que 50 % de la population féminine de plus de 75 ans (tableau XIV). 58 des cancers que nous avons observés sur les II9, soit pratiquement la moitié des cas, sont en effet groupés en 3 ans, alors que l'autre moitié se répartit sur I2 ans (6I malades).

En fait, on ne peut généraliser cette notion car ce que nous avons constaté, c'est que la fréquence des cancers diagnostiqués et traités semble diminuer à partir de 75 ans, ce qui ne veut pas dire que le cancer lui-même voit sa fréquence diminuer à partir de cet âge. Pour cela, il faudrait pouvoir dénombrer tous les cancers existants, en particulier les cancers latents et les cancers non traités. Or, si l'on peut considérer que le nombre de cancers latents varie peu avec l'âge, par contre, il est certain que le nombre des cancers non traités est plus élevé chez les gens âgés.

FREQUENCES RESPECTIVES DES DIVERS TYPES DE CANCERS, en fonction de l'âge .

Nous avons tracé les mêmes courbes que précédemment, cette fois non plus pour le cancer en général, mais pour différents cancers, ceux rencontrés le plus souvent dans nos observations.

I°) Chez l'homme :

En ne considérant que les cancers qui correspondent à un nombre de cas minimum dans notre statistique pour établir une courbe (larynx, rectum, oesophage),

on constate, en tenant compte de la décroissance normale de la population à cet âge, que : (graphique IV, tableau XV)

- les cancers du rectum et du larynx augmentent en fréquence avec l'âge de 75 à 85 ans,
- la fréquence du cancer de l'oesophage diminue nettement à partir de 80 ans.

2°) Chez la femme :

Plusieurs constatations (graphique V, tableau XVI)

- la pente initiale de la courbe générale est le reflet de la diminution brusque de fréquence à partir de 75 ans de 3 cancers :
  - . essentiellement, cancer du sein, cancer du col de l'utérus.
  - . à un degré moindre, cancer du corps de l'utérus.
- le cancer de l'estomac reste d'une fréquence égale approximativement, quel que soit l'âge, avec cependant une tendance à l'augmentation à un âge très avancé (après 85 ans).

Au-delà de 75 ans, on constate donc :

- chez l'homme :
  - . un accroissement de la fréquence des cancers du larynx et du rectum,
  - . une diminution de la fréquence du cancer de l'oesophage.
- chez la femme :
  - . un accroissement de la fréquence du cancer de l'estomac,
  - . une très nette diminution de la fréquence des cancers du sein et de l'utérus.

On peut également tirer de nos observations une indication, cette fois sur la fréquence relative des cancers entre eux chez le sujet âgé :

I) chez l'homme :

- de 75 à 79 ans, le cancer de l'oesophage est le plus fréquent,
- de 80 à 84 ans, il cède le pas aux cancers du rectum et du larynx,
- après 85 ans, le cancer de l'oesophage est à nouveau le plus fréquent, puisqu'il intéresse un malade sur quatre.

Il faut toutefois rappeler encore que les cancers de la prostate et des bronches, échappant à notre statistique, ne sont pas envisagés.

Les résultats précédents sont regroupés dans le tableau XVII et le graphique VI.

2) chez la femme :

- le cancer du sein représente, quelle que soit la tranche de vie considérée, le pourcentage le plus élevé, avec une recrudescence de ce pourcentage à la fin de la vie.
- le cancer du col de l'utérus décroît en fréquence relative par rapport aux autres cancers, avec l'âge.
- le cancer du corps de l'utérus voit au contraire son importance croître avec l'âge, mais de façon moins nette que :
- le cancer de l'estomac dont la fréquence relative croît du simple au double avec l'âge à partir de 75 ans.

Ces résultats sont regroupés dans le tableau XVIII et le graphique VII.

Tous ces résultats ne sont évidemment valables que pour le lot des malades que nous avons étudiés. Il ne s'agit pas de conclusions générales, mais de constatations concernant les différents cancers traités dans un Centre Anticancéreux. En dehors de ce contexte précis, il est évident que les constatations ne seront pas les mêmes. On ne pourrait tirer des conclusions que de la confrontation des résultats émanant des Centres Anticancéreux d'une part, et des services généraux hospitaliers d'autre part : confrontation qui sort, de toute évidence, des limites de notre travail.

Nous terminerons ce chapitre CANCER ET AGE en donnant l'âge moyen de l'ensemble des malades lors de la première manifestation de leur cancer : 78,5 ans.

*
* *

REMARQUES SUR LES CONDITIONS DU DIAGNOSTIC DES CANCERS CHEZ LES GENS AGES

La constatation la plus remarquable à cette étape du diagnostic concerne l'état général des malades. La majorité d'entre eux en effet, alors que leur moyenne d'âge était de 78,5 ans, présentait un bon état général lors de leur première consultation au Centre. C'est pratiquement toujours la découverte de la lésion elle-même ou de ses manifestations locales qui a conduit au diagnostic. Dans 89 % des cas, le diagnostic a été porté au stade d'évolution régionale de la lésion. Pour les I74 malades, les circonstances qui ont entraîné la consultation au Centre, se répartissaient de la façon suivante :

- I54 sont venus pour la lésion elle-même ou ses manifestations locales directes (compression, hémorragie).
- 9 sont venus pour la récidive d'un cancer préalablement diagnostiqué, dont le début d'évolution se situait approximativement dans leur 75e année ou après.
- 11 pour des signes cliniques en rapport avec une métastase d'un cancer également apparu après 75 ans.

Pour tous ces malades, nous n'avons donc observé une altération notable de l'état général que dans I2 % des cas. Ce chiffre diminue encore en valeur absolue lorsqu'on tient compte du retentissement que pouvaient avoir sur leur état général, les affections concomitantes présentées par un certain nombre d'entre eux (tableaux XIX et XX).

Ces deux notions très importantes :

- bon état général de ces malades malgré leur âge (78,5 ans)
- évolution encore locale de la lésion,

doivent inciter le médecin à ne pas retarder la décision thérapeutique, sous prétexte que le malade est âgé. Comme nous le verrons dans le paragraphe suivant, l'âge "d'état civil" ne doit en aucun cas être un obstacle à une thérapeutique active.

Si nous insistons sur ce point, c'est que très souvent à l'interrogatoire des malades, nous avons noté que la lésion, même si elle était encore limitée, existait déjà depuis un certain temps. Le laps de temps écoulé entre les premières manifestations du cancer et son diagnostic, est malheureusement quasi impossible à chiffrer. Des années bien souvent ont été perdues et ceci explique qu'un certain nombre de malades n'a pu bénéficier d'une thérapeutique efficace. L'âge avancé, le grand âge même, ne doivent pas être un argument pour différer les examens et éluder la discussion des possibilités thérapeutiques. L'entourage du malade, voire son médecin, estiment parfois à tort que le gain à obtenir est disproportionné avec l'importance des moyens d'investigation et de la thérapeutique. Nous verrons bien au contraire, qu'étant donné la facilité relative comparable à celle de l'adulte, avec laquelle le sujet âgé supporte ces thérapeutiques, il faut"précipiter"les examens de façon à traiter la lésion avec le maximum de chances de réussite.

Notre dernière remarque à l'étape du diagnostic concerne la confirmation histologique. Dans 72 % des cas de notre statistique, le diagnostic clinique a été confirmé par l'histologie. Pour les 28 % restants, soit que la lésion était très avancée, soit que le diagnostic était évident, la confirmation histologique n'a pas été jugée indispensable.

*
* *

REMARQUES THERAPEUTIQUES

D'une façon globale en premier lieu, d'une façon détaillée pour deux d'entre elles ensuite, nous récapitulerons dans ce paragraphe les différentes thérapeutiques proposées à ces I74 malades.

Il nous faut tout d'abord éliminer un certain nombre de malades qui n'ont pas été traités :

- leur "état", pour certains, était au-dessus de toute ressource thérapeutique (I8 malades). On peut déplorer à ce propos la tendance de certains praticiens, à considérer le Centre Anticancéreux ou même l'hôpital comme dernier refuge et n'adresser leurs malades qu'au stade de la cachexie, après avoir essayé de très vagues et incomplètes thérapeutiques.
- les autres ayant refusé tout traitement (9 malades : 5 %).

Pour les malades restants, les thérapeutiques employées se répartissaient de la façon indiquée dans le tableau XXI

THERAPEUTIQUES EMPLOYEES	Nombre de MALADES
CHIRURGIE	
Anesthésie générale	40
" locale	3
PHYSIOTHERAPIE	9I
CHIMIOTHERAPIE	3I

TABLEAU XI - DIFFERENTES THERAPEUTIQUES EMPLOYEES

Le tableau tient compte du fait que certains malades ont reçu une thérapeutique mixte (28 malades) et que d'autres ont été traités à plusieurs reprises, en particulier pour récidive et métastase.

Deux constatations s'imposent à la lecture de ces résultats :

- la part très importante qu'occupe la physiothérapie dans le traitement des affections cancéreuses traitées dans un Centre Spécialisé,
- le faible pourcentage de malades non traités.

Ces constatations se détachent nettement lorsqu'on compare les résultats avec ceux d'une statistique beaucoup plus générale, empruntée au CONNECTICUT TUMOR REGISTRY (Tableau XXII). Il faut toutefois faire remarquer que les chiffres fournis par cette dernière statistique concernent les années 1950-1954 et qu'en particulier depuis cette date, du fait des progrès des thérapeutiques, le nombre des malades non traités a naturellement diminué.

La physiothérapie et la chirurgie sont donc les deux méthodes les plus souvent proposées à ces sujets. Nous rapportons dans les paragraphes suivants, quelques remarques sur ces deux thérapeutiques.

A. TELECOBALTOTHERAPIE chez les gens âgés

Asthénie, mal des rayons, réactions locales sont classiquement observés chez les malades traités par le Cobalt. L'importance des symptômes constatés est variable en particulier avec :

- la zone irradiée, la sensibilité du tissu intéressé, la surface irradiée,

- la dose intégrale,

- le rythme de l'irradiation entre autres facteurs.

Sur un plan purement clinique, nous avons apprécié le retentissement de l'irradiation sur l'état général des malades âgés. Dans le tableau XXIII, nous donnons les résultats observés, en rappelant dans une colonne les constatations avant tout traitement.

Dans l'ensemble, nous avons remarqué que la télécobaltothérapie est bien supportée par les gens âgés. Elle n'a entraîné directement une aggravation de l'état général que chez I4 % des malades. Il semble que ces résultats soient analogues à ceux observés chez l'adulte.

Par ailleurs, il faut noter que la physiothérapie est plus facilement acceptée que la chirurgie par les gens âgés. Ces derniers craignent l'intervention et n'en voient pas toujours la nécessité, d'autant que le plus souvent, elle ne s'impose pas comme une solution d'urgence, comme c'est le cas lors d'un étranglement herniaire ou d'une occlusion. Les 9 malades signalés précédemment ont refusé la solution chirurgicale qui s'imposait malheureusement.

Nous terminerons ce chapitre concernant la physiothérapie chez le sujet âgé en évoquant les acquisitions récentes de cette thérapeutique. En effet, tous les malades de notre statistique ont été traités par la télécobaltothérapie, selon le mode classique d'irradiation, la dose totale étant administrée sous forme de petites doses journalières, réparties de façon continue sur plusieurs semaines. Or, il semble actuellement que dans certains cas on puisse obtenir de meilleurs ré-

sultats avec une administration différente de la dose totale. Tout d'abord avec la méthode des "split dose", mais surtout avec la radiothérapie concentrée. Cette dernière méthode qui retrouve un regain d'intérêt actuellement, à priori, semble pouvoir améliorer le pronostic de certains cancers. En premier lieu, parce qu'elle s'adapte mieux aux exigences de la radiothérapie pré-opératoire et également parce qu'elle permet dans certains cas une radiothérapie palliative inimaginable avec l'administration classique, mais surtout parce qu'elle réduit le temps d'hospitalisation, le malade pouvant regagner son domicile ou une maison de convalescence entre l'administration des différentes doses (I6). On connait en effet l'influence de l'hospitalisme sur le moral du vieillard et toutes les méthodes qui pourront écourter ce temps d'hospitalisation contribueront sûrement à l'amélioration du pronostic du cancer chez le sujet âgé.

B. CHIRURGIE chez les gens âgés

Pour un certain nombre de cancers, la chirurgie est la seule thérapeutique valable. En principe, elle ne devrait s'imposer que si le "bénéfice" à obtenir est à priori supérieur aux risques encourus par le malade. Or, il s'agit là d'un des problèmes les plus difficiles de la géronto-chirurgie. "La réelle difficulté des indications opératoires vient de l'impossibilité où nous sommes actuellement, d'apprécier le risque opératoire chez le vieillard avec suffisamment d'objectivité".

- 40 malades ont été opérés sous anesthésie générale pour une affection maligne,
- ils se répartissaient en I2 hommes,
  28 femmes.

- l'âge moyen des opérés était de 75,8 ans, donc notablement inférieur à l'âge moyen de celui de la totalité des 174 cas initiaux.

- en fonction de la localisation du cancer, l'indication opératoire a été essentiellement portee pour : (tableau XXIV)

  . le cancer du sein chez la femme,

  . les cancers digestifs en général.

- pour trois opérés sur quatre, il s'agissait d'une intervention à visée curatrice, pour un malade sur quatre, d'une intervention palliative ou de propreté (tableau XXV).

7 de ces malades ayant été opérés en dehors du Centre, nous ne pouvons rapporter des données pré, per et post-opératoires que pour 33 d'entre eux.

1°) BILAN PRE-OPERATOIRE

- un risque opératoire était évident pour 11 d'entre eux, présentant un mauvais état général (tableau XXVI)

- d'autre part, plus d'un malade sur 2 présentait en plus de son cancer une affection concomitante majeure (tableau XXVII)

- une réanimation pré-opératoire très complète s'est imposée pour 6 d'entre eux.

2°) TEMPS PER-OPERATOIRE

Nous avons indiqué les interventions qui ont nécessité une anesthésie générale avec intubation, et d'autre part une réanimation avec transfusion (tableau XXVIII)

3°) SUITES OPERATOIRES

Nous n'avons retenu que les données concernant l'état général après l'intervention et la survenue éventuelle de complications ou décès (tableau XXIX).

Il a donc été constaté :

- 3 décès sur 33 opérés (9 %)
- une complication post-opératoire chez presque I opéré sur 3
- une altération notable de l'état général chez 5 d'entre eux, soit environ I sur 7.

Nous avons comparé ces résultats avec ceux observés par d'autres équipes chirurgicales. Les réfórences sont empruntées à l'article de MONOD-BROCA (24).

- Pour MOUCHET et Collaborateurs (27) ;
  Mortalité opératoire de I3 % sur I20 opérations à partir de 70 ans.
- Pour MONOD-BROCA :
  Mortalité de 26 % chez des octogénaires en précisant que l'indication opératoire a été portée du moment qu'il y avait "lueur d'espoir".
- Statistiques Internationales regroupées (I9-20-24-25-27) ; 225 décès sur I 784 opérations chez des sujets de plus de 70 ans, soit I4 % de mortalité.

Si l'on tient compte du fait que ces différentes statistiques sont des statistiques de chirurgie générale et non pas de chirurgie carcinologique, les résultats obtenus au C.R.H. sont très encourageants, sans toutefois présenter le

succès "étonnant" d'autres équipes (20).

Etant donné le but visé par ces interventions et le caractère même de cette chirurgie carcinologique, une aussi faible mortalité doit faire admettre que l'âge avancé n'est pas une contre-indication à l'intervention. "Il faut, dans certaines conditions, poser l'indication opératoire sans tenir compte de l'âge" (24) et ces conditions sont réunies de toute évidence en présence de certains cancers.

La survie moyenne des opérés décédés depuis leur intervention (25 sur 40 en 1966) fut de 21,4 mois. Nous comparerons cette survie des opérés avec le chiffre moyen obtenu pour tous les malades décédés sans considération de la thérapeutique employée.

D'une façon très générale, quel que soit le traitement (chirurgie, physiothérapie, chimiothérapie), il ne semble pas que le sujet âgé le tolère d'une façon très différente de l'adulte. En cours de traitement, il n'y a eu aggravation simultanée de l'état général que chez 1 malade sur 5, sans que l'on puisse évidemment l'imputer à la seule thérapeutique.

Si l'on est en droit de conclure à la faible "agressivité" de ces thérapeutiques, quels en sont par contre les bénéfices ?

Le paragraphe suivant regroupe quelques données évolutives. En particulier, une appréciation de la survie moyenne des décédés. Tous les malades n'étant pas décédés, ce chiffre de survie moyenne sera nécessairement qu'approché. Nous le comparerons avec la survie moyenne d'une population saine de même âge.

DONNEES EVOLUTIVES

Elles concernent, d'une part l'évolution du cancer lui-même, d'autre part le temps de survie moyen des malades. Nous avons tout d'abord dénombré les métastases et les récidives données pour les différents cancers.

METASTASES

Ces métastases ont été diagnostiquées cliniquement et non à l'autopsie. Dans la majorité des cas, elles sont apparues lors de la surveillance de malades vus pour la première fois au stade initial lésionnel de leur cancer ; pour un petit nombre d'entre eux, elles furent l'objet de leur première consultation, le cancer évoluant déjà depuis un certain temps sous traitement ou non.

Globalement, I9 % des cancers ont donné au moins I métastase (34 cas). Si l'on met en parallèle, pour un cancer donné, le nombre de cas initiaux et le nombre des métastases observées (tableau XXX), on constate que :

- les cancers de l'estomac,
  de la cavité buccale,
  du sein,
  donnent fréquemment des métastases puisqu'elles apparaissent dans I cas sur 4.
- les métastases observées sont apparues le plus souvent lors de l'évolution d'un cancer du gros intestin (presque I cas sur 2).

Le pourcentage de métastases diagnostiquées cliniquement ne semble pas refléter fidèlement le pouvoir métastasiant des cancers du sujet âgé. En effet,

DELARUE et ses collaborateurs, dans leur dénombrement nécropsique (II), évaluent ce pourcentage à 38 % et indiquent que ce chiffre est notablement inférieur à ceux des statistiques nécropsiques chez l'adulte.

RECIDIVES

Nous formulons pour leur dénombrement les mêmes remarques que pour celui des métastases. Globalement, 13,7 % des cancers ont récidivé (24 cas).

Si l'on met en parallèle cette fois, pour un cancer donné, le nombre de cas initiaux et le nombre de récidives observées (tableau XXXI), on remarque que :

- les cancers de la vulve et du vagin ont une très nette tendance à la récidive (66 % des cas) ;
- également tendance à la récidive pour les cancers de la langue et du reste de la cavité buccale ;
- les cancers de la cavité buccale ont donc tendance à la récidive et donner des métastases.

SURVIE MOYENNE DES MALADES

En plus des réserves précédemment faites sur ce calcul très approximatif, nous donnant quand même une idée générale de la léthalité du cancer chez les sujets âgés, il faut signaler les suivantes :

- tout d'abord un certain nombre de malades ne sont pas revenus consulter aux dates prévues, et ce, à une période très variable

de l'évolution de leur cancer (20 cas) ;

- ensuite, il est apparu qu'il était parfois impossible d'obtenir la cause exacte du décès, et que d'autres malades sont décédés d'une affection concomitante (tableau XXXII).

Cause du décès	Nombre de cas	Pourcentage
Cancer	31	78
Probable	54	
Indéterminée	8	
Autres causes	14	13

TABLEAU XXXII. - LETHALITE DU CANCER CHEZ LES GENS AGES.

- pour 78 % des malades décédés, la relation de cause à effet entre cancer et décès a pu être affirmée.

En tenant compte de toutes ces réserves, on peut alors interpréter le chiffre de survie moyenne obtenue. Pour les 107 malades décédés, le temps de survie moyen entre la première manifestation apparente de leur cancer et leur mort, fut de 20 mois. En comparant leur temps de survie avec l'"espérance de vie" d'une population saine de même âge, on constate qu'il lui est nettement inférieur. Nous avons mis en parallèle dans le tableau XXXIII les chiffres calculés pour "l'espérance de vie" d'une population d'âge donné et le résultat obtenu pour nos malades (13).

S'il n'est possible d'obtenir un chiffre valable de survie moyenne pour une population que lorsque tous les individus de cette population sont décédés, par contre, on peut très bien apprécier le pourcentage de survivants à un moment donné de l'évolution.

Dans un tableau global, (tableau XXXIV) nous donnons le nombre de survivants à différents moments de l'évolution, en calculant évidemment cette dernière à partir de la première manifestation du cancer, et non à partir de la date de la première consultation au Centre.

Pour tous nos dossiers, nous avons au minimum 2 ans de recul et nous pouvons donc apprécier le nombre de survivants à 2 ans, chiffre ayant une valeur absolue (tableau XXXV).

On constate alors que pour une "population cancéreuse" d'âge moyen 78,5 ans, moins de la moitié des éléments de cette population est en vie au bout de 2 ans d'évolution du cancer.

Pour les années 1959 et 1960, nous avons un recul suffisant de 5 ans. Pour les malades correspondant donc à ces années d'ouverture de leur dossier, nous avons pu obtenir le pourcentage de survivants à 3, 4 et 5 ans. (tableau XXXVI). On constate alors que 9 % seulement des malades ont eu une survie de 5 ans, ce qui est très loin de "l'espérance de vie" moyenne d'une population saine de même âge.

Tous ces chiffres démontrent la léthalité importante du cancer chez le sujet âgé et confirment certaines notions statistiques (13). On a en effet pu calculer statistiquement ce que pourrait être l'espérance de vie d'une population

non concernée par la mortalité par cancer. On remarque alors que jusqu'à un certain âge (70 ans), la différence est insignifiante avec l'espérance de vie d'une population non exempte de cette mortalité par cancer. Par contre, au-delà de 70 ans, chez le vieillard surtout, la différence devient sensible, voire importante, ce que tendent à démontrer nos résultats. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par dénombrement nécropsique (II).

- léthalité : 81 %,
- survie moyenne : 13 mois.

Il manque à cette étude évolutive les données essentielles concernant l'évolution carcinologique locale. Celle-ci s'est révélée impossible, tout du moins d'une façon rigoureuse. En effet, un grand nombre de malades n'observent pas les dates de convocations pour consultation après traitement, ou plus encore ne se présentent pas du tout. Il devient alors très aléatoire de rapporter des données exactes sur l'évolution d'une lésion. Souvent, ils ne voient l'utilité de venir consulter que lorsque leur état s'est sensiblement aggravé ou qu'apparaissent des complications.

Cette imprécision se retrouve également pour la détermination des pourcentages de léthalité. Les chiffres avancés sont souvent approximatifs ou extrapolés. Dans la majorité des cas, les malades sont décédés à leur domicile et parfois, un certain temps après leur dernière consultation. Dans un certain nombre de ces cas, le médecin traitant informe le Centre du décès du malade et en précise la cause, mais le plus souvent, nous devons nous contenter d'un certificat de Mairie, revenant en réponse à la deuxième ou troisième convocation. Ce sont là les raisons qui nous ont empêchés de préciser la cause des décès, que seules les études nécrop-

siques peuvent évoquer.

L'enquête post-hospitalisation, systématiquement faite pour les malades traités dans un Centre Anticancéreux, représente certainement un progrès par rapport aux services généraux hospitaliers, où le manque de personnel d'une part, et le roulement trop rapide des malades d'autre part, interdisent ce genre d'informations. Toutefois, les résultats sont encore trop imprécis et il serait souhaitable que des solutions plus efficaces soient appliquées.

En conclusion, il faut cependant, même si les chiffres sont approximatifs, insister sur la léthalité du cancer du sujet âgé et comme nous le verrons à propos de certaines localisations en particulier, on peut admettre que pour un cancer donné, l'âge avancé du malade ne soit pas un élément de meilleur pronostic (I2).

DEUXIEME PARTIE

Pour cette deuxième partie, nous avons retenu un certain nombre de cancers, les plus fréquemment rencontrés dans nos observations.

- chez l'homme :

les cancers du larynx,

du rectum,

de l'oesophage,

de la lèvre.

- chez la femme :

les cancers du sein,

du col de l'utérus,

du corps de l'utérus.

Pour chacun de ces cancers, nous avons essayé de regrouper des renseignements sur :

- leur fréquence,
- leur diagnostic clinique et histologique,
- leur léthalité, en comparant en particulier la survie moyenne de chacun d'entre eux avec la survie moyenne générale, et en appréciant le nombre de décès qu'ils ont provoqués. La survie moyenne étant naturellement calculée pour les malades décédés.

CHEZ L'HOMME AGÉ[1] :

A. CANCER DU LARYNX

- 7 observations,
- âge moyen des malades : 80,4 ans,
- répartition anatomique :
  - . 2 cordes vocales,
  - . 4 bandes ventriculaires,
  - . I sous-glotte.
- manifestations cliniques initiales :
  - . tous les malades sont venus consulter pour une manifestation de la lésion elle-même,
  - . 2 d'entre eux présentaient un envahissement ganglionnaire périphérique évident à l'examen clinique,
  - . leur état général était bon dans l'ensemble (6 sur 7)
- histologie :
  - . 5 sur les 7 diagnostics cliniques ont été confirmés histologiquement,
  - . il s'agissait d'épithéliomas, dont 4 épidermoïdes.
- thérapeutique :
  - . les 2 cordes vocales ont été traitées par cobaltothérapie,
  - . pour les autres localisations, on a utilisé :
    - 5 fois le cobalt seul,
    - I fois chirurgie et cobalt associés.
- évolution :

On a observé : I récidive à I an,

I métastase à 3 mois.

- survie moyenne :
  - pour les sujets présentant un cancer des cordes vocales : 7,5mois,
  - pour les autres : 2I,5 mois,
  - survie moyenne pour le cancer du larynx : I6,5 mois, donc notablement inférieur à la survie moyenne générale,
  - il faut signaler toutefois I survivant à 46 mois.
- cause du décès :
  - pour 4 d'entre eux, leur cancer,
  - pour 2, une autre cause non cancéreuse.

B. CANCER DU RECTUM : LOCALISATION ANO-RECTALE

- 6 observations,
- âge moyen des malades : 78,3 ans.
- répartition anatomique :
  - 4 rectum, dont 2 stade 3
    2 stade 4,
  - 2 anus et canal anal, soit I stade 2
    I stade 3.
- manifestations cliniques initiales :
  - tous les malades sont venus consulter pour une manifestation locale de la lésion,
  - 2 malades présentaient à l'examen clinique des adénopathies suspectes, voire évidentes,
  - pour 5 malades sur 6, l'état général était bon.
- histologie :
  - les 6 diagnostics ont été affirmés histologiquement,

. pour les cancers du rectum, il s'agissait de :

- 3 adénocarcinomes lieberkuhnien
- I épithélioma indifférencié.

. pour les cancers de l'anus :

- I épithélioma spino-cellulaire,
- I épithélioma peu différencié.

- thérapeutique :

. pour les cancers du rectum, aucune thérapeutique à visée curatrice n'a été possible du fait de l'extension locale des lésions :

- pour 3 malades, ce fut une intervention palliative,
- pour le 4ème, une abstention thérapeutique.

. pour les cancers de l'anus et le canal anal :

- I a été traité par cobaltothérapie sur la lésion et adénopathie satellite,
- l'autre a été traité par cobalt et radium associés.

- évolution :

On a observé une récidive à 6 mois pour un cancer de l'anus. Cette récidive a entraîné une intervention palliative (anus iliaque gauche).

- survie moyenne :

Elle fut pour ces malades de I7,5 mois, donc inférieure à la survie générale. En particulier, il faut signaler une survie de 4,5 ans d'un des cancers de l'anus, l'autre étant décédé dans le I5ème mois d'évolution.

- cause du décès :

Pour les 4 décès constatés, l'étiologie cancéreuse a été affirmée.

C. CANCER DE L'OESOPHAGE

- 6 observations,
- âge moyen des malades : 78,8 ans,
- répartition anatomique :
  - . 2 cancers intéressant le I/3 supérieur,
  - . 2 cancers intéressant le I/3 moyen,
  - . 2 cancers intéressant le I/3 inférieur.
- manifestations cliniques initiales :
  - . tous les malades sont venus consulter pour un syndrome lésionnel,
  - . aucun ne présentait alors d'adénopathie satellite palpable,
  - . 3 d'entre eux étaient déjà en mauvais état général.
- histologie :
  - . 3 diagnostics ont été vérifiés histologiquement,
  - . il s'agissait de 3 épithéliomas épidermoïdes.
- thérapeutique :
  - . 3 ont été traités par chimiothérapie,
  - . 2 ont subi une intervention palliative (gastrostomie), l'un d'entre eux est décédé au lendemain de l'intervention.
  - . le dernier ayant été traité par cobaltothérapie.
- survie moyenne :

  Elle fut de 6 mois pour ces malades, confirmant le très mauvais pronostic des cancers de l'oesophage.
- cause du décès :

  Tous les malades sont décédés des suites de leur cancer.

D. CANCER DE LA LEVRE

- 6 observations,
- âge moyen des malades : 80,I ans,
- répartition anatomique :
  - . I lèvre supérieure muqueuse,
  - . 4 lèvres inférieures muqueuses,
  - . I lèvre inférieure cutanéo-muqueuse.
- manifestations cliniques initiales :
  - . tous les malades sont venus consulter pour une lésion de la lèvre,
  - . aucun ne présentait alors d'adénopathie satellite palpable cliniquement,
  - . leur état général était bon dans l'ensemble.
- histologiquement :
  - . 5 vérifiés,
  - . 5 épidermoïdes.
- thérapeutiques :

  Tous les cancers ont été traités par curieponcture.
- évolution : on a observé :
  - . I récidive à 6 mois qui a entraîné l'éxérèse de la lésion,
  - . nouvelle récidive chez le malade à I an, traitée cette fois par excision de l'ulcération sous anesthésie générale.
- survie moyenne :
  - . elle fut de 24,3 mois pour les malades décédés, donc supérieure à la moyenne générale,

. il faut surtout signaler que 2 malades sont encore en vie après 48 mois et 60 mois d'évolution de leur cancer. Pour le dernier cas, on peut donc parler de guérison.

- cause du décès :

Aucun malade n'est apparemment décédé de son cancer.

Pour ces 4 cancers très différents chez l'homme âgé, on peut résumer nos constatations de la façon suivante :

- l'âge moyen des sujets présentant un cancer du LARYNX ou de la LEVRE est plus élevé que celui des sujets présentant un cancer du RECTUM ou de l'OESOPHAGE (graphique VIII).
- la majorité des cancers est annoncée par un syndrome lésionnel local (lésion elle-même ou ses manifestations) et, en dehors du cancer de l'OESOPHAGE, ils retentissent peu sur l'état général au début de leur évolution (tableau XXXVII).
- la léthalité du cancer de l'OESOPHAGE est très nettement supérieure à celle des autres cancers, en particulier à celle du cancer de la LEVRE dont nous avons observé un cas de guérison à 5 ans,
- la survie moyenne s'échelonne entre 6 mois pour le cancer de l'OESOPHAGE et 2 ans pour le cancer de la LEVRE (graphique IX).
- l'âge n'est pas intervenu dans la décision thérapeutique en dehors du cancer de l'OESOPHAGE. En effet, les interventions à visée curatrice ont été interdites pour les cancers du RECTUM, du fait de l'extension régionale et non du fait de l'âge. Par contre, c'est le mauvais état général des malades atteints de cancers de l'OESOPHAGE qui a contre-indiqué certaines interventions. Or,

il est incontestable que le retentissement sur l'état général est beaucoup plus rapide chez le sujet âgé présentant un tel cancer que chez l'adulte, pour la même localisation.

On peut rapprocher ces constatations chez le sujet âgé, concernant les cancers causes de décès et les survies moyennes des différents cancers de données générales relatives à l'ensemble du sexe masculin. Ainsi, dans le tableau XXXVIII, nous donnons les pourcentages de mortalité par cancer pour 1964, en fonction des localisations (I5). Par ailleurs, dans le tableau XXXIX, nous rapportons certains pourcentages de survivants à 5 ans pour quelques cancers (I2).

Par comparaison, on constate en particulier que le pronostic des cancers de l'OESOPHAGE et du RECTUM est plus mauvais chez le sujet âgé que pour l'ensemble des individus du sexe masculin.

CHEZ LA FEMME AGÉE :

A. CANCER DU SEIN

Sans prétendre aborder le problème du traitement du cancer du SEIN, problème très vaste et non encore codifié, nous nous étendons cependant davantage sur cette localisation étant donné la place très importante qu'elle occupe dans notre statistique.

- 43 observations,
- âge moyen des malades : 78,9 ans,
- degré d'évolution constaté lors de la Ière consultation :
  - . stade I : I
  - . stade 2 : I5
  - . stade 3 : I7

. stade 4 : 7

. récidive : I

. métastase : 2

Nous avons intentionnellement adopté cette classification très incomplète pour bien montrer les limites de notre travail. Les stades correspondent à la classification (T.N.M.). Nous la rappelons succintement : "Le stade ou "T" étant I - 2 - 3 ou 4 selon que la taille de la tumeur est inférieure à 2 cm, comprise entre 2 et 5 cm, 5 et I0 cm ou au-delà de I0 cm.

La classification fait aussi intervenir la notion de fixation. Si en effet la tumeur est partiellement fixée au pectoral, le stade devient T3 et la fixation à la paroi thoracique entraîne un T4" (8).

Nous ne considérons donc qu'un seul facteur : "la taille de la tumeur" et nous n'envisagerons pas la notion d'envahissement ganglionnaire, ni le siège de la tumeur, ni même la notion d'évolutivité et de poussée évolutive. L'étude du cancer du SEIN chez la femme âgée constituerait en effet largement à elle seule le sujet d'un travail complet.

- manifestations cliniques ayant motivé la consultation :

. pour 4I malades, la lésion mammaire,

. pour 2, une métastase à distance,

. la moitié environ des malades présentaient à leur première consultation un bon état général (24 malades). On n'a observé à ce stade une réelle altération de l'état général que chez 4 d'entre elles.

- histologie :

Nous indiquons le nombre de confirmations histologiques en fonction du

stade du cancer et du nombre d'observations correspondant à ce stade. Un certain nombre de cancers évidents cliniquement n'ont pas imposé un examen histologique.

. stade I : I sur I
. stade 2 : 9 sur I5
. stade 3 : 7 sur I7
. stade 4 : I sur 7
. récidive : I sur I
. métastase : I sur 2

- thérapeutique :

Nous indiquons les différentes thérapeutiques en fonction du stade de la tumeur, (tableau XL) et pour la Chirurgie, les différents types d'intervention (tableau XLI).

- évolution :

Nous avons observé l'éclosion de métastases chez 8 malades qui présentaient au départ un cancer du SEIN au stade 2 - 3 ou 4.

4 de ces métastases sont survenues au cours de la première année d'évolution du cancer, toutes sont apparues avant 3 ans.

Par contre, nous n'avons constaté qu'une seule récidive.

- survie moyenne :

Dans le détail, en fonction du stade de la tumeur au moment du début du traitement, nous avons obtenu les survies suivantes :

. stade I : 30 mois
. stade 2 : 40 mois
. stade 3 : 44 mois
. stade 4 : 28 mois

Globalement, sans considérer le stade : 35,5 mois. Mais ces chiffres sont assez loin de la réalité puisque ne concernant que I9 décédés, alors que nous avions 43 observations initiales. Au moment de la constitution de notre statistique, 24 malades étaient donc encore en vie après un temps d'évolution de leur cancer très variable (Dossiers de I959 à I966).

Ceci laisse donc présumer d'une survie moyenne nettement plus importante pour les malades âgées, atteintes d'un cancer du sein.

- causes du décès :

Pour les I9 décès constatés, le cancer était responsable sûrement ou fort probablement de la mort de la malade dans I5 cas.

B. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

- I0 observations
- âge moyen des malades : 78,2 ans
- manifestations cliniques initiales :
  - 9 malades sont venues consulter pour des manifestations locales de la tumeur
  - I pour symptômes cliniques en rapport avec une métastase
  - I des malades présentait un mauvais état général.
- degré d'évolution constaté lors de la première consultation :
  - stade I : 2
  - stade 2 : 4
  - stade 3 : I
  - métastase : I
  - une malade présentait une tumeur non étiquetée de l'UTERUS.

Pour une autre malade, nous ne possédons pas le degré d'é-

volution constaté lors de la première manifestation de son cancer.

- histologie :

. 9 confirmations histologiques se répartissent en :

+ 7 adénocarcinomes

+ I épithéliona atypique

+ I léiomyosarcone.

. pour une malade, nous ne possédons pas de preuve histologique de malignité de la tumeur, ce qui a entraîné une abstention thérapeutique.

- thérapeutique :

Nous indiquons les thérapeutiques en fonction du stade de la tumeur lors du diagnostic (tableau XLIV).

Pour 2 malades, il y a eu abstention thérapeutique :

. la première présentait une tumeur non étiquetée histologiquement ;

. la deuxième présentait un très mauvais état général.

- évolution :

. nous avons constaté 2 récidives en moins de 3 mois d'évolution, pour 2 cancers traités par cobalt et radium ;

. la survenue d'une métastase au bout de 2 ans d'évolution d'un cancer traité également par cobalt et radium.

- survie moyenne :

Elle fut de I9,2 mois pour les 5 malades décédées. Là encore, ce chiffre est certainement trop pessimiste, étant donné que 5 malades sont encore vivantes sur les I0 cas initiaux.

- cause du décès :

L'étiologie cancéreuse a été affirmée chez 3 malades sur 5.

C. CANCER DU COL DE L'UTERUS

- 25 observations
- âge moyen des malades : 77,5 ans
- manifestations cliniques initiales :
  - toutes les malades sont venues consulter pour des hémorragies ;
  - sauf une qui est venue pour une récidive d'un cancer déjà diagnostiqué ;
  - on constata un bon état général chez I9 d'entre elles, alors que 6 malades présentaient une importante altération de cet état général.
- degré d'évolution lors de la première consultation :
  - stade I : 4
  - stade 2 : 4
  - stade 3 : I2
  - stade 4 : 4
  - récidive : I (I an après hystérectomie).
- histologie :

Nous indiquons d'abord le nombre de confirmations histologiques en fonction du stade et du nombre d'observations :

- stade I : 4 sur 4 observations
- stade 2 : 4 " 4 "
- stade 3 ; I2 " I2 "
- stade 4 : 3 " 4 "
- récidive : I " I "

Les types histologiques observés étaient les suivants :

. épidermoïde plus ou moins différencié : 22

. mixte : I

. glandulaire : I

- thérapeutique :

Nous indiquons les thérapeutiques employées en fonction du stade de la tumeur lors du diagnostic (tableau XLIII).

- évolution :

Nous n'avons pas observé de récidive en dehors de la malade venue consulter pour une récidive.

Mais : I métastase pour cancer stade I à I an,

I métastase pour cancer stade 3 à I mois.

- survie moyenne :

En fonction du stade, nous avons obtenu les résultats suivants :

. stade I : 27 mois
. stade 2 : I9 mois
. stade 3 : I4,5 mois
. stade 4 : 4,6 mois.

D'une façon générale, sans tenir compte du stade : I6,2 mois.

Mais il faut signaler que nous avons observé chez ces malades :

Pour le stade I : I cas à 50 mois de survie,

Pour le stade 2 : I cas à 46 mois de survie,

Pour le stade 3 : I cas à 36 mois de survie.

- cause du décès :

I3 malades sont décédées de leur cancer ou fort probablement de leur cancer, sur les I6 décès constatés.

De l'observation de ces 3 cancers de la femme âgée, on peut relever les constatations suivantes :

- l'âge moyen des malades présentant un cancer du COL DE L'UTERUS est moins élevé que celui des malades ayant un cancer du CORPS DE L'UTERUS ou du SEIN (graphique X).
- les 3 cancers sont annoncés dans la majorité des cas par un syndrome lésionnel ou une manifestation régionale de cette lésion (tableau XLIV).
- la léthalité du cancer du CORPS DE L'UTERUS (60 %) est inférieure à celles du cancer du SEIN (78 %) et du cancer du COL DE L'UTERUS (8I %).
- la survie moyenne des malades présentant un cancer du COL DE L'UTERUS (I,3 ans) est notablement inférieure à la survie des malades présentant un cancer du CORPS DE L'UTERUS (I,6 ans) et surtout à celles présentant un cancer du SEIN (3 ans).

Les décisions thérapeutiques furent très nettement influencées par l'âge des malades.

I°) Pour le cancer du SEIN :

Nous nous référons pour le traitement du cancer du SEIN chez la femme adulte, au schéma thérapeutique proposé par BRUNET, GEST, HARVEY (8), codifié dans le tableau XLV.

On constate alors les faits suivants :

Au stade I et 2, on a pratiqué 3 mamectomies simples, dont 2 non associées à la radiothérapie, alors que l'on préfère généralement à ces stades, chez la femme adulte, faire une mamectomie avec curage axil-

laire qui permet de posséder un élément important de pronostic, et y associer une physiothérapie s'il existe un envahissement ganglionnaire. Seul, l'âge avancé des malades a pu faire limiter l'intervention.

2°) Pour le cancer du corps de l'UTERUS :

L'âge également est intervenu dans la décision thérapeutique, puisque pour 6 stades I et 2, on n'a employé que 2 fois la chirurgie.

3°) Pour le cancer du col de l'UTERUS :

La différence est encore plus sensible avec la femme adulte. Il est couramment admis qu'au stade I, la thérapeutique doit être chirurgicale. Or, sur 4 malades, I seule a bénéficié de la chirurgie, les 3 autres ayant été traitées par physiothérapie.

Ces constatations thérapeutiques précédentes expliquent en partie le faible pourcentage de mortalité (9 %) de la chirurgie carcinologique, enregistré par l'équipe du C.R.H. Il semble en effet que les indications opératoires aient été très limitées et que la physiothérapie a été employée lorsque le "risque opératoire" était sérieux.

Comme pour l'homme âgé, nous rapprochons les constatations précédentes des données générales concernant la mortalité par cancer en 1964 pour le sexe féminin (tableau XLVI) et des pourcentages de survie à 5 ans pour certains cancers (tableau XLVII). Ce qui semble être vrai pour l'homme âgé l'est également pour la femme âgée chez qui, en particulier le cancer du COL DE L'UTERUS, a un pronostic plus sévère que pour l'ensemble du sexe féminin. Pour le cancer du SEIN, il ne nous est pas possible de tirer de conclusion, étant donné que notre chiffre de survie moyenne est calculé pour 19 malades sur 43 cas initiaux.

D'aucun (I9) pensent même que le cancer du SEIN n'est pas de plus mauvais pronostic chez la femme âgée que chez la femme adulte. Leurs résultats en témoignent puisque pour 75 femmes d'âge moyen 76,5 ans, ils ont observé une survie moyenne de 45 mois, alors que pour RATZKOWKI'S (I7), elle est à tout âge de 50,5 mois.

Il faut rappeler en fin de cette deuxième partie concernant l'étude détaillée de quelques localisations, que les résultats enregistrés ne sont que de simples constatations propres à la clientèle d'un Centre Anticancéreux et qu'il est nullement question d'en tirer des conclusions.

Nous avions en tête de notre exposé délibérément mis à part un certain nombre d'observations que nous reprenons maintenant. Ces observations se répartissent du point de vue topographique de la façon suivante :

- tumeurs malignes de la peau : 93
- tumeur maligne du tissu conjonctif : I
- tumeurs non étiquetées : I3
- Kahler ; I, soit en tout I08 dossiers.

Dans le paragraphe suivant, nous donnons quelques constatations sur les tumeurs malignes de la peau.

- l'âge moyen des sujets intéressés par ces tumeurs, était de 8I,2 ans, donc sensiblement supérieur à celui du lot précédent
- la répartition selon le sexe se faisait ainsi : - hommes : 32
  - femmes : 6I.

Nous retrouvons donc, pour les tumeurs malignes de la peau les résultats donnés pour les autres cancers. Quant à la répartition topographique de ces tumeurs il semble qu'elle soit très inégale, la tête étant de loin la région la plus souvent intéressée (tableau XLVIII).

Pour 3 de ces malades, on a constaté une double localisation. L'étude

histologique de ces tumeurs dans 63 cas a révélé les types suivants :

- Baso : 2I
- Spino : I7
- Epidermoïde non différencié : I9
- Mélanones : 3
- Cylindrones : 2
- Histiofibrosarcone : I

Les thérapeutiques proposées d'une façon très générale ont été les suivantes : tableau XLIX.

I3 lésions n'ayant pas été traitées du fait du refus du malade ou traitées en dehors du Centre.

RESUME DES OBSERVATIONS

Nous avons analysé 282 observations de malades âgés de 75 ans et plus, traités au Centre René Huguenin.

I°) Constatations d'ordre général :

- les néoplasmes nous sont apparus plus fréquents chez l'homme âgé que chez la femme de même âge.
- la fréquence générale des cancers diagnostiqués et traités au Centre, diminue sensiblement à partir de 75 ans. Cette diminution, légère chez l'homme, est beaucoup plus sensible chez la femme à partir de 75 ans. Mais elle ne semble pas correspondre à une réelle diminution de la fréquence absolue du cancer chez le sujet âgé.
- le diagnostic du cancer chez le vieillard reste encore trop tardif, bien que l'on constate que ce dernier soit pratiquement toujours porté devant un syndrome lésionnel au stade d'évolution loco-régionale (89 % des cas) et dans la majorité des cas, avant tout retentissement sur l'état général (12 % d'altération importante de l'état général à la 1ère consultation).

On peut attribuer ce retard entre autres causes à deux faits : d'une part, la psychologie du vieillard lui-même qui présente une certaine inertie devant la maladie, sorte de résignation. D'autre part, certains praticiens pensent peut-être encore que le cancer du sujet âgé est relativement peu évolutif, et de ce fait, les examens complémentaires sont demandés avec moins d'empressement que chez le sujet jeune.

On peut penser que ce temps perdu pour l'élaboration du diagnostic intervient comme un des facteurs aggravant le pronostic du cancer chez le sujet âgé. Nous avons en effet vu qu'un certain nombre de malades n'a pu bénéficier d'une thérapeutique valable.

- soit du fait de la cachexie de certains d'entre eux ;
- soit du fait de l'extension régionale des tumeurs pour d'autres.

- la physiothérapie, la chirurgie, sont bien tolérées à cet âge (I4 % d'aggravation de l'état général en cours ou en fin de traitement.)

La décision chirurgicale en particulier doit être portée plus en fonction des caractères du cancer lui-même (SEIN, TUBE DIGESTIF) que de l'âge du malade. Les résultats obtenus le démontrent bien. En fait, alors qu'il s'agissait 3 fois sur 4 d'une intervention à visée curatrice chez des malades de 75 ans, nous n'avons noté une mortalité opératoire que chez 9 % et une survie moyenne supérieure à celle de l'ensemble des malades. En aucun cas, d'une façon systématique, l'âge avancé ne doit être une contre-indication à l'intervention chirurgicale.

Bien que la mortalité opératoire soit faible, il faut cependant noter que l'âge avancé des malades a, dans certains cas précis, modifié le schéma thérapeutique généralement adopté pour la femme adulte.

En particulier, ce fut le cas pour le cancer du SEIN, où des mammectomies simples, sans curage axillaire, ont été pratiquées pour des cancers aux stades I et 2 ; ce fut également le cas pour les cancers du COL DE L'UTERUS et du CORPS DE L'UTERUS, où l'on préféra la physiothérapie alors que, pour une femme plus jeune, on avait eu recours à la chirurgie.

- Il ne semble donc pas qu'il faille rechercher dans la tolérance de ces théra-

peutiques par le sujet âgé les causes de la gravité du pronostic du cancer chez le vieillard.

Mis à part les cancers de la peau, la survie moyenne des décédés (I07 sur I74), quels que soient le cancer et la thérapeutique employée, fut de 20 mois (2I mois pour les opérés dont l'âge moyen, 75,8 ans, était sensiblement inférieur à l'ensemble des malades). 44 % seulement des malades ont eu une survie de 2 ans. Par ailleurs, dans 78 % des cas, on a pu rendre le cancer d'une façon fort probable, responsable du décès des malades.

La survenue d'un cancer abrège donc considérablement la vie du sujet âgé, "l'espérance de vie" d'une population de même âge devant en effet être de 7 ans.

Cette survie assez brève explique peut-être en partie le fait que le pourcentage de métastases observées (I9 %) soit notablement inférieur à celui constaté chez l'adulte.

2°) La deuxième série de constatations concerne individuellement un certain nombre de cancers les plus fréquemment observés chez le sujet âgé.

A. Chez l'homme âgé :

- Constatations topographiques :

. les cancers les plus fréquemment diagnostiqués furent les cancers digestifs (2/3 des cas), et plus particulièrement les cancers de la partie haute de ce dernier et du carrefour aéro-digestif, à savoir les cancers : de la cavité buccale,
du larynx,
du pharynx,
de l'oesophage.

. ils sont spécifiques à l'homme âgé, pratiquement inexistants chez la femme âgée.

. les cancers de l'estomac, beaucoup moins fréquents que chez la femme de même âge, sont cependant très fréquemment observés chez l'homme âgé. Du fait, en partie de l'orientation très marquée du Centre vers la physiothérapie, nous n'avons observé que très peu de cancers de la trachée, des bronches et de la prostate.

. quant aux leucémies, affections malignes du système lymphatique, du système hématopoïétique, tumeurs des os et du tissu conjonctif, elles ne sont que très rarement observées chez le vieillard (3 cas dans notre statistique).

- Remarques concernant la fréquence relative des cancers entre eux au-delà de 75 ans :

. le cancer de l'oesophage le plus fréquent entre 75 et 79 ans,

. cède le pas aux cancers du rectum et du larynx entre 80 et 84 ans,

. pour redevenir le plus fréquent à partir de 85 ans où il intéresse I malade sur 4.

- Evolutivité et léthalité de différents cancers de l'homme âgé :

. le plus mauvais pronostic revient au cancer de l'oesophage :

- survie moyenne : 6 mois,
- léthalité : 100 %.

. viennent ensuite :

- le cancer du larynx : survie : 1,4 an
  léthalité : 66,4 %.
- le cancer du rectum : survie : 1,5 an
  léthalité : 100 %.

. le pronostic du cancer de la lèvre est meilleur : survie : 2 ans. Responsable d'aucun décès dans nos observations.

Dans l'ensemble, le pronostic de ces différents cancers est donc plus mauvais chez le sujet âgé que chez l'adulte, et ceci d'une façon très nette pour les cancers de l'oesophage et du rectum.

C'est encore à propos de ces 2 cancers que nous ferons une dernière remarque, quant à la thérapeutique, remarque qui expliquera en partie leur mauvais pronostic :

- le retentissement précoce sur l'état général du vieillard du cancer de l'oesophage, interdit toute solution chirurgicale,
- le retard apporté au diagnostic des cancers du rectum limite leur traitement à des interventions palliatives, du fait de l'extension des tumeurs.

B. Chez la femme âgée :

- Constatations topographiques :
  - . les cancers dits "génitaux" sont les plus fréquents :
    - cancer du SEIN (43 cas sur 119)
    - cancer de l'UTERUS (35)
    - cancer de la VULVE et VAGIN (9).
  - . la femme âgée n'est que très peu concernée par les cancers du LARYNX, PHARYNX, de l'OESOPHAGE, de la CAVITE BUCCALE, à l'inverse de l'homme de même âge.
  - . par contre, le cancer de l'ESTOMAC est plus fréquemment observé chez la femme,
  - . la fréquence des cancers du RECTUM et de l'INTESTIN étant à peu près la même dans les deux sexes.
  - . par rapport à l'élément féminin d'autres tranches d'âge, on constate :

+ une augmentation constante avec l'âge, de la proportion relative des cancers du SEIN et de l'UTERUS qui deviennent les plus fréquents à partir de 75 ans.

+ on constate le même phénomène pour les cancers du RECTUM et de l'INTESTIN, à un degré moindre pour le cancer de l'OESOPHAGE.

+ une diminution constante avec l'âge des leucémies, lésions malignes du système lymphatique, système hématopoïétique, tumeurs des os et du tissu conjonctif qui sont, comme pour l'homme, très rarement observés chez la femme âgée (2 cas dans notre statistique).

+ quel que soit l'âge, la petite place occupée par les cancers du LARYNX, PHARYNX et de la CAVITE BUCCALE.

- Constatations concernant la fréquence relative des cancers entre eux :

. le cancer du sein reste le plus fréquent jusqu'à l'âge extrême de la vie

. le cancer du CORPS DE L'UTERUS augmente en proportion à l'inverse du cancer du col ;

. le cancer de l'ESTOMAC voit son pourcentage croître du simple au double entre 75 et 90 ans.

- Evolutivité et léthalité des différents cancers de la femme âgée :

. le plus mauvais pronostic revient au cancer du COL DE L'UTERUS :

- survie moyenne : I,3 ans
- léthalité : 8I %

. il précède le cancer du CORPS DE L'UTERUS :

- survie : I,6 ans
- léthalité : 60 %

. le cancer du sein semble par contre avoir un meilleur pronostic :

- survie moyenne : 3 ans
- léthalité : 78 %.

Il semble donc que, comme pour l'homme âgé, le pronostic de certains cancers soit aggravé par l'âge, en particulier pour le cancer du COL DE L'UTERUS et le cancer du SEIN.

- Les thérapeutiques employées furent assez différentes de celles proposées à la femme adulte. En effet, on a préféré la physiothérapie, ou limité l'acte chirurgical chaque fois que le risque opératoire est apparu trop important en regard de l'âge physiologique de la malade.

Les conclusions détaillées, concernant différentes localisations, ne doivent pas faire oublier que les cancers de la peau dominent par leur fréquence la cancérologie du sujet âgé (I malade sur 3).

CONCLUSIONS

Nous avons étudié une "population" cancéreuse de 282 sujets âgés de 75 ans et plus, lors de la première manifestation apparente de leur cancer et traités au Centre René Huguenin. Le travail fut divisé en deux parties :

- d'abord une étude générale du cancer chez le sujet âgé envisageant :
  - la topographie du cancer à cet âge, en fonction du sexe,
  - l'influence de l'âge sur la décision thérapeutique,
  - la tolérance de la chirurgie et de la physiothérapie par le sujet âgé,
  - le pronostic global du cancer au-delà de 75 ans.
- ensuite une étude détaillée de quelques localisations.

Nous pouvons résumer nos conclusions de la façon suivante :

- le cancer est plus fréquent chez l'homme âgé que chez la femme de même âge. Malgré l'âge très avancé de l'ensemble des malades (âge moyen 78,5 ans), la majorité d'entre eux (88 %) présente un bon état général.

Malheureusement, le diagnostic du cancer est trop souvent porté avec retard, malade et médecin en partageant la responsabilité. Parmi les raisons qui peuvent conduire ce dernier à différer les examens complémentaires, il en est une qui, à la lumière de notre travail, paraît inexacte : la notion de faible évolutivité du cancer chez le sujet âgé.

- le pronostic des tumeurs malignes du vieillard nous est apparu, bien au contraire, comme grave. La survenue d'un cancer chez le sujet âgé abrège de façon significative son existence. En effet, alors que dans 78 % des cas, le cancer fut la cause immédiate du décès, la survie moyenne des malades fut de 20 mois. On est loin de l'espérance de vie d'une population saine de même âge, qui serait environ de 7 à 8 ans.

- le sujet âgé tolère bien la chirurgie (9 % de mortalité) et la physiothérapie.

- Il semble que l'on pourrait améliorer le pronostic :

. en réduisant le retard apporté au diagnostic,

. en discutant à propos de chaque cancer du choix d'une thérapeutique spécifique, choix dans lequel l'âge "d'état civil" ne doit pas peser systématiquement comme argument principal.

. en perfectionnant dans l'immédiat les thérapeutiques actuelles. Certes, la réanimation pré, per et post-opératoire élargit déjà les indications de la chirurgie chez le vieillard, mais il semble que l'on puisse espérer également de substantiels progrès dans le domaine de la physiothérapie. En effet, les résultats obtenus par l'utilisation de la radiothérapie concentrée, laissent espérer encore une meilleure tolérance de la physiothérapie et un élargissement de ses indications, en particulier en pré-opératoire, mais également de façon palliative. Cette dernière technique présente enfin l'incontestable intérêt de réduire le temps d'hospitalisation du vieillard, facteur important du pronostic de toutes les affections du sujet âgé.

LOCALISATIONS	Nb	LOCALISATIONS	Nb
SEIN	44	GROS INTESTIN (Rectum excepté)	5
COL DE L'UTERUS	25	LANGUE	5
RECTUM	11	SYSTEME LYMPHATIQUE	3
ESTOMAC	10	HYPOPHARYNX	3
CORPS DE L'UTERUS	10	NEZ CAVITES NASALES Sinus accessoires	3
LEVRE	9	BRONCHES, TRACHEE, POUMONS.	2
ORGANES GENITAUX FEMININS en dehors de Utérus, Ovaire, Trompe et ligament large.	9	FOIE	2
		OROPHARYNX	2
LARYNX	7	SYSTEME HEMATOPOIETIQUE	1
OESOPHAGE	7	OVAIRE, TROMPE, LIGAMENT LARGE.	1
CAVITE BUCCALE en dehors de Langue, glandes salivaires et plancher.	7	PROSTATE	1
		REIN	1
VESSIE URETRE	6		

TABLEAU II.

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE GLOBALE DES CANCERS OBSERVES. (Sta. C.R.H.)

LOCALISATIONS	Nb	LOCALISATIONS	Nb
ORGANES GENITAUX FEMININS	45	ESTOMAC	10
Col Utérus,			
Corps Utérus,			
Ovaire,		LARYNX	7
Autres.			
		OESOPHAGE	7
SEIN	44		
		VESSIE	6
CAVITE BUCCALE	21		
Lèvre,			
Langue,		PHARYNX	5
Reste.		Oropharynx,	
		Hypopharynx.	
RECTUM	11	GROS INTESTIN	5
		AUTRES LOCALISATIONS inférieures ou égales à	3

TABLEAU III.

REPARTITION TOPOGRAPHIQUE GLOBALE.

REGROUPEMENT PAR "REGION" (Sta. C.R.H.)

LOCALISATIONS	Nb	LOCALISATIONS	Nb
CAVITE BUCCALE	13	GROS INTESTIN	3
Lèvre 6			
Langue 4			
Reste 3		ESTOMAC	2
LARYNX	7	BRONCHES	2
RECTUM	6	SYSTEME LYMPHATIQUE	1
OESOPHAGE	6	PROSTATE	1
PHARYNX	5	SYSTEME HEMATOPOIETIQUE	1
ORO 2			
HYPO 3		FOIE	1
VESSIE	5		
		NEZ	1
		SEIN	1

TABLEAU IV. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES CANCERS CHEZ L'HOMME DE PLUS DE 75 ANS. (Sta. C.R.H.)

CONNECTICUT TUMOR REGIDTRY	HOSPICE PAUL BROUSSE	CENTRE RENE HUGUENIN
PROSTATE	PROSTATE	LARYNX
POUMON	BRONCHES	LEVRE
GROS INTESTIN	ESTOMAC	RECTUM
ESTOMAC	OESOPHAGE	OESOPHAGE
RECTUM	LANGUE	VESSIE
VESSIE	VESSIE	LANGUE

TABLEAU V. COMPARAISON DE 3 STATISTIQUES.
RESULTATS DONNES PAR ORDRE DE FREQUENCE DECROISSANTE.

LOCALISATIONS	Nb	LOCALISATIONS	Nb
SEIN	43	GROS INTESTIN	2
COL UTERUS	25	NEZ	2
CORPS UTERUS	10	SYSTEME LYMPHATIQUE	2
ORGANES GENITAUX AUTRES	9	OVAIRE	1
ESTOMAC	8	REIN	1
CAVITE BUCCALE	8	VESSIE	1
RECTUM	5	FOIE	1
		OESOPHAGE	1

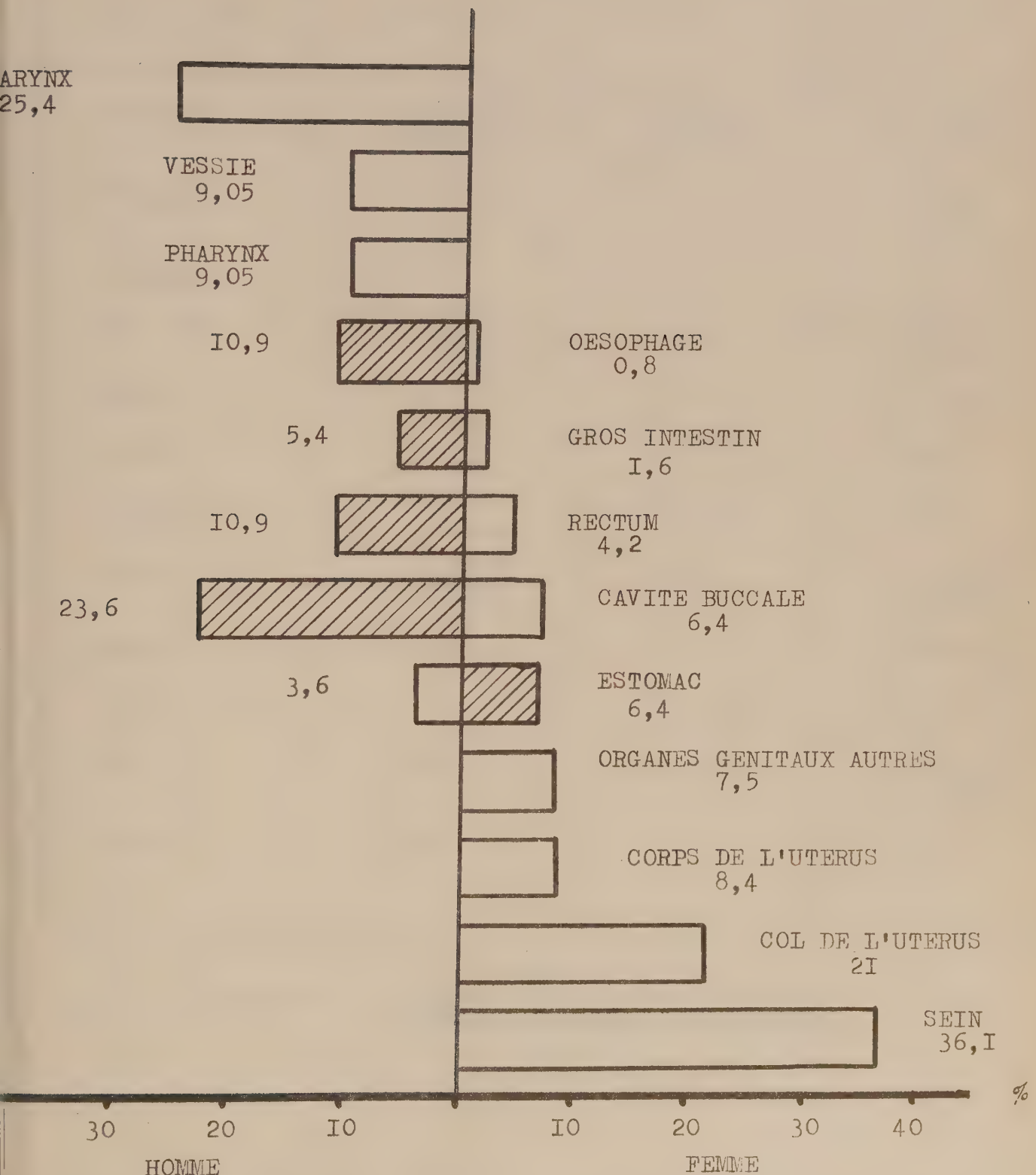
TABLEAU VI. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES CANCERS CHEZ LA FEMME DE PLUS DE 75 ANS

(Sta. C.R.H.)

CONNECTICUT TUMOR REGISTRY	HOSPICE PAUL BROUSSE	CENTRE RENE HUGUENIN
SEIN	ESTOMAC	SEIN
GROS INTESTIN	GROS INTESTIN	COL UTERUS
RECTUM	SEIN	CORPS UTERUS
CORPS UTERIN	UTERUS (non précisé)	AUTRES ORGANE GENITAUX
ESTOMAC	VESSIE	ESTOMAC

TABLEAU VII. COMPARAISON DE 3 STATISTIQUES.

RESULTATS DONNES PAR ORDRE DE FREQUENCE DECROISSANTE.



GRAPHIQUE I. COMPARAISONS DES POURCENTAGES DE DIFFERENTS CANCERS DANS LES DEUX SEXES.
(Sta. C.R.H.)

20 - 34 ans	40 - 54 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus
LEUCEMIES	TRACHEE ET BRONCHES	TRACHEE ET BRONCHES	PROSTATE
SYST.LYMPH. et HEMATO.	OESOPHAGE	ESTOMAC	ESTOMAC
TRACHEE ET BRONCHES	ESTOMAC	OESOPHAGE	INTESTIN
OS T. CONJ.	CAVITE BUCC. PHARYNX	PROSTATE	TRACHEE ET BRONCHES
INTESTIN	LARYNX	LARYNX	OESOPHAGE
ESTOMAC	INTESTIN	INTESTIN	RECTUM
CAVITE BUCC. PHARYNX	LEUCEMIES	CAVITE BUCC PHARYNX	LARYNX
RECTUM	SYST.LYMPH. et HEMATO.	RECTUM	CAVITE BUCC. PHARYNX
OESOPHAGE	RECTUM	LEUCEMIES	LEUCEMIES
LARYNX	OS. T. CONJ.	SYST.LYMPH. et HEMATO.	OS T. CONJ.
SEIN	PROSTATE	OS T. CONJ.	SYST.LYMPH. et HEMATO.
PROSTATE	SEIN	SEIN	SEIN

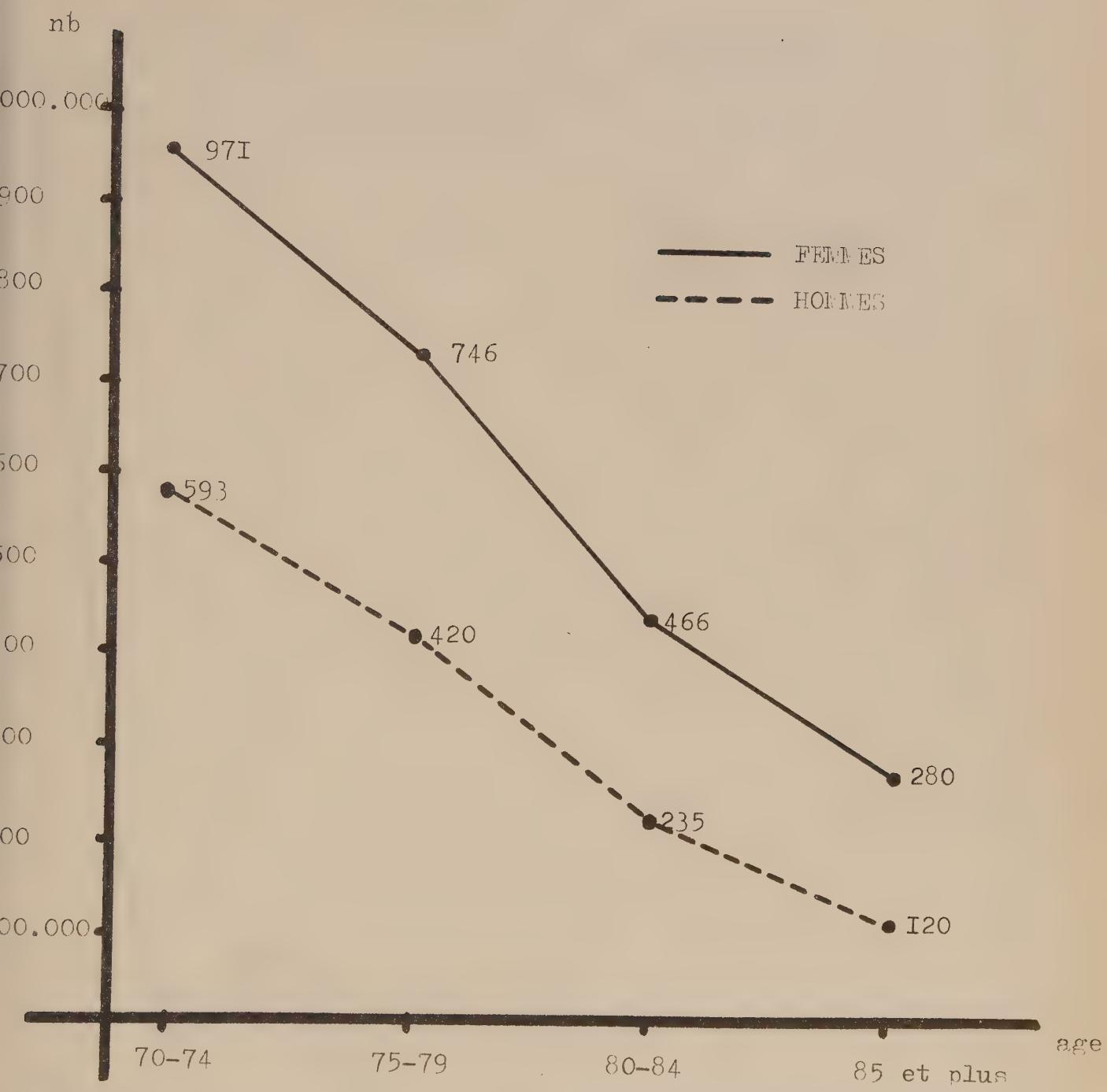
TABLEAU VIII. FREQUENCES RELATIVES DES CANCERS CHEZ L'HOMME POUR DIFFERENTES TRANCHES D'AGE.

(I.N.S.E.R.M.)

20 - 34 ans	40 - 54 ans	60 - 74 ans	75 ans et plus
LEUCEMIES	SEIN	SEIN	ESTOMAC
SYST. LYMPH. et HEMATO.	UTERUS (autres)	ESTOMAC	INTESTIN
SEIN	COL UTERUS	INTESTIN	SEIN
UTERUS (autres)	ESTOMAC	UTERUS (autres)	UTERUS (autres)
COL UTERUS	INTESTIN	RECTUM	RECTUM
TRACHEE ET BRONCHES	LEUCEMIES	TRACHEE ET BRONCHES	TRACHEE ET BRONCHES
INTESTIN	SYST. LYMPH. et HEMATO.	COL UTERUS	LEUCEMIES
ESTOMAC	RECTUM	SYST. LYMPH. et HEMATO.	OS T. CONJ.
RECTUM	OS T. CONJ.	OS T. CONJ.	CAVITE BUCC. PHARYNX
CAVITE BUCC. PHARYNX	CAVITE BUCC. PHARYNX	OESOPHAGE	SYST. LYMPH. et HEMATO.
LARYNX	OESOPHAGE	CAVITE BUCC. PHARYNX	COL UTERUS
	LARYNX	LARYNX	LARYNX

TABLEAU IX. FREQUENCES RELATIVES DES CANCERS CHEZ LA FEMME POUR DIFFERENTES TRANCHES D'AGE.

(I.N.S.E.R.M.)

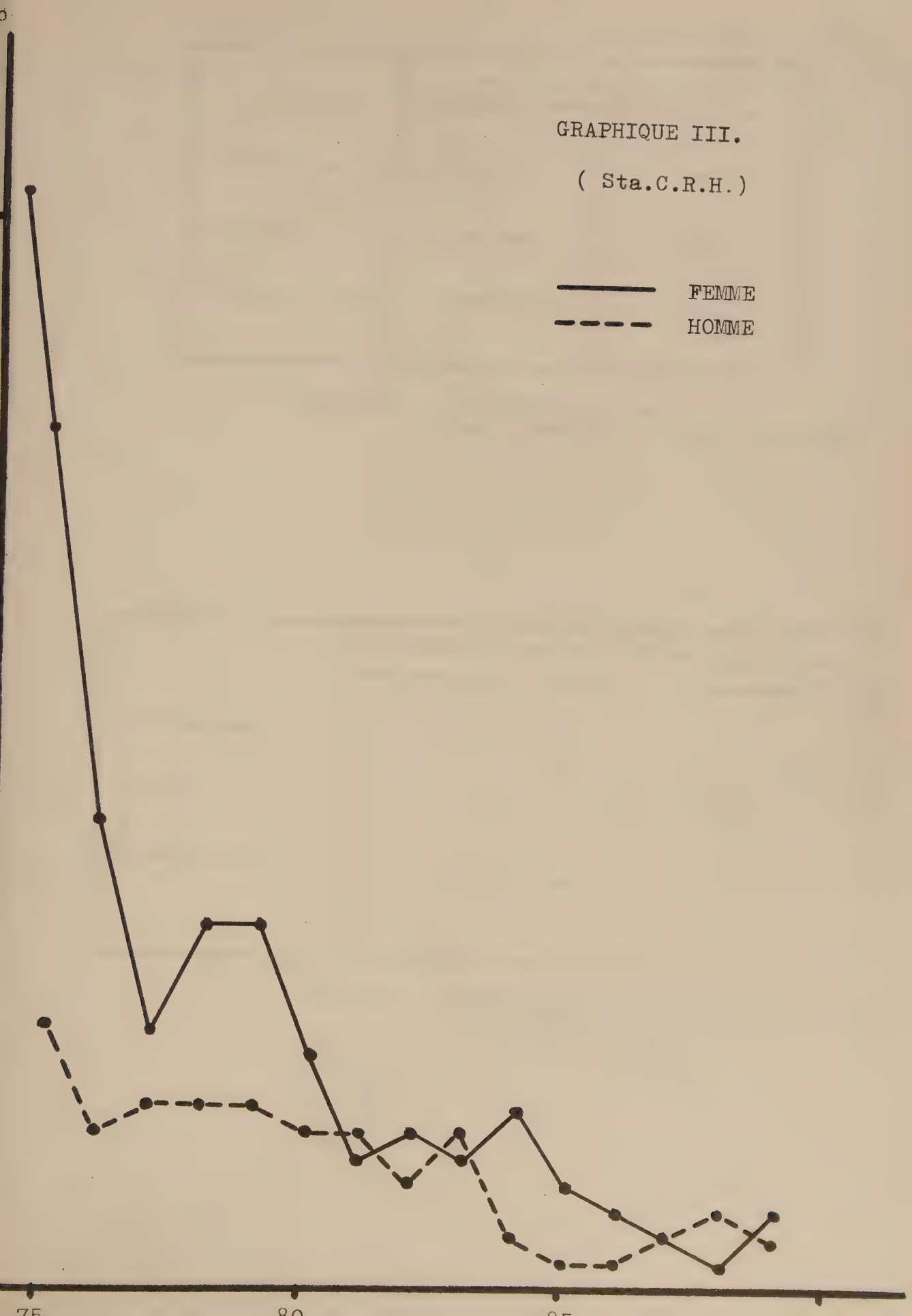


GRAPHIQUE II. POPULATION TYPE 1962 .

(I.N.S.E.R.M.)

GRAPHIQUE III.

(Sta.C.R.H.)



	Nb	%
75 à 79 ans	1.166.800	50,5
80 à 84 ans	701.900	31,9
85 ans et plus	400.500	17,6

TABLEAU XI. POPULATION TYPE 1962
SANS DISTINCTION DE SEXE. (I.N.S.E.R.M.)

	POPULATION TYPE %	% DE CANCER C.R.H.
75 à 79 ans	50,5	66,7
80 à 84 ans	31,9	26,4
85 ans et plus	17,6	6,9

TABLEAU XII. COMPARAISON DU POURCENTAGE D'INDIVIDUS ET DU POURCENTAGE DES CANCERS OBSERVES, POUR UNE TRANCHE D'AGE DONNEE.

	POPULATION TYPE %	% DE CANCERS C.R.H.
75 à 79 ans	54,1	58,2
80 à 84 ans	30,3	34,6
85 ans et plus	15,6	7,2

SEXE MASCULIN.

	POPULATION TYPE %	% DE CANCERS
75 à 79 ans	50	70,5
80 à 84 ans	31,3	22,8
85 ans et plus	18,7	6,7

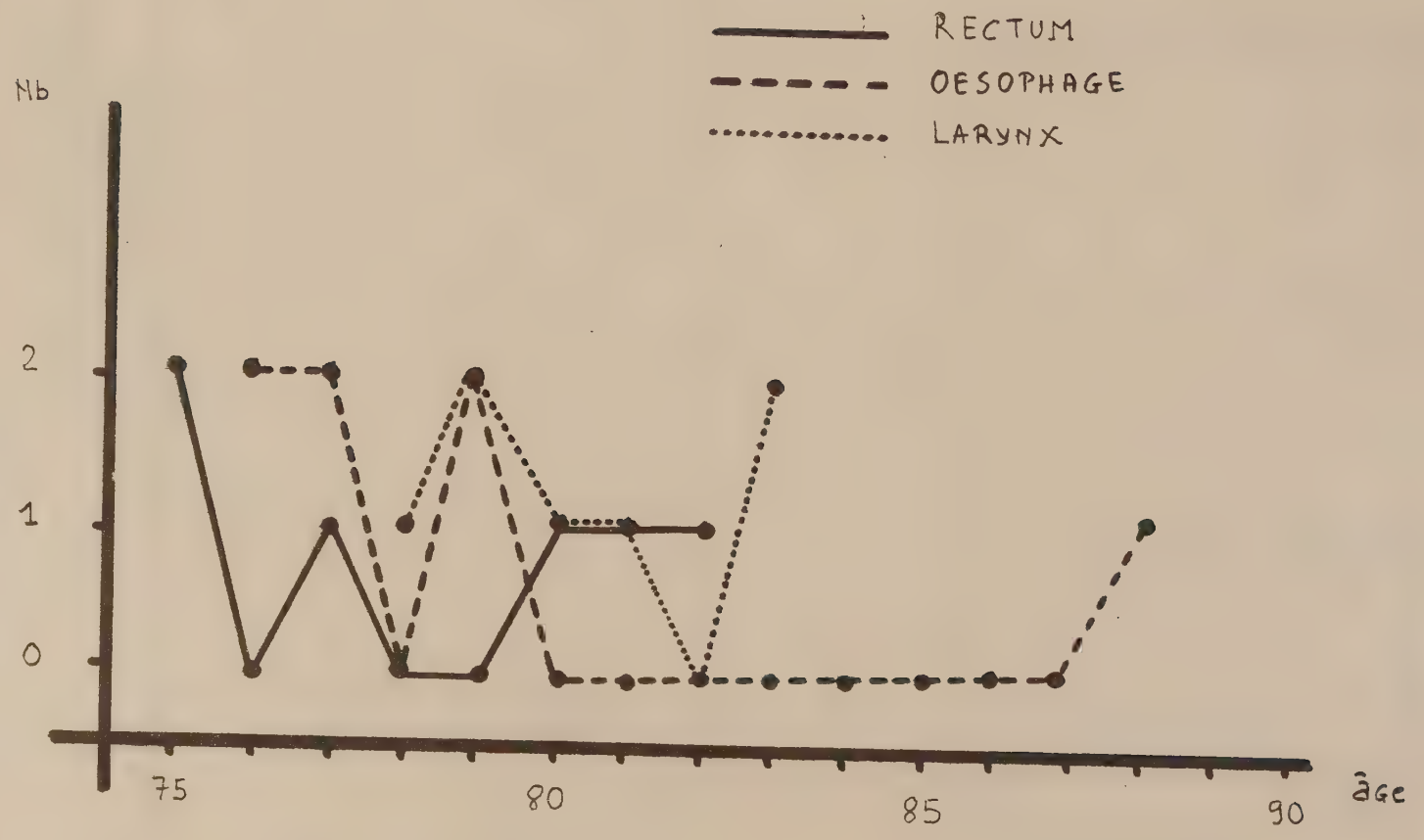
SEXE FEMININ

TABLEAUX XIII ET XIV.

COMPARAISONS DU POURCENTAGE D'INDIVIDUS ET DU POURCENTAGE DES CANCERS OBSERVES, POUR UNE TRANCHE D'AGE DONNEE, CHEZ L'HOMME ET LA FEMME.

GRAPHIQUE IV

(C.R.H.)



SEXE MASCULIN

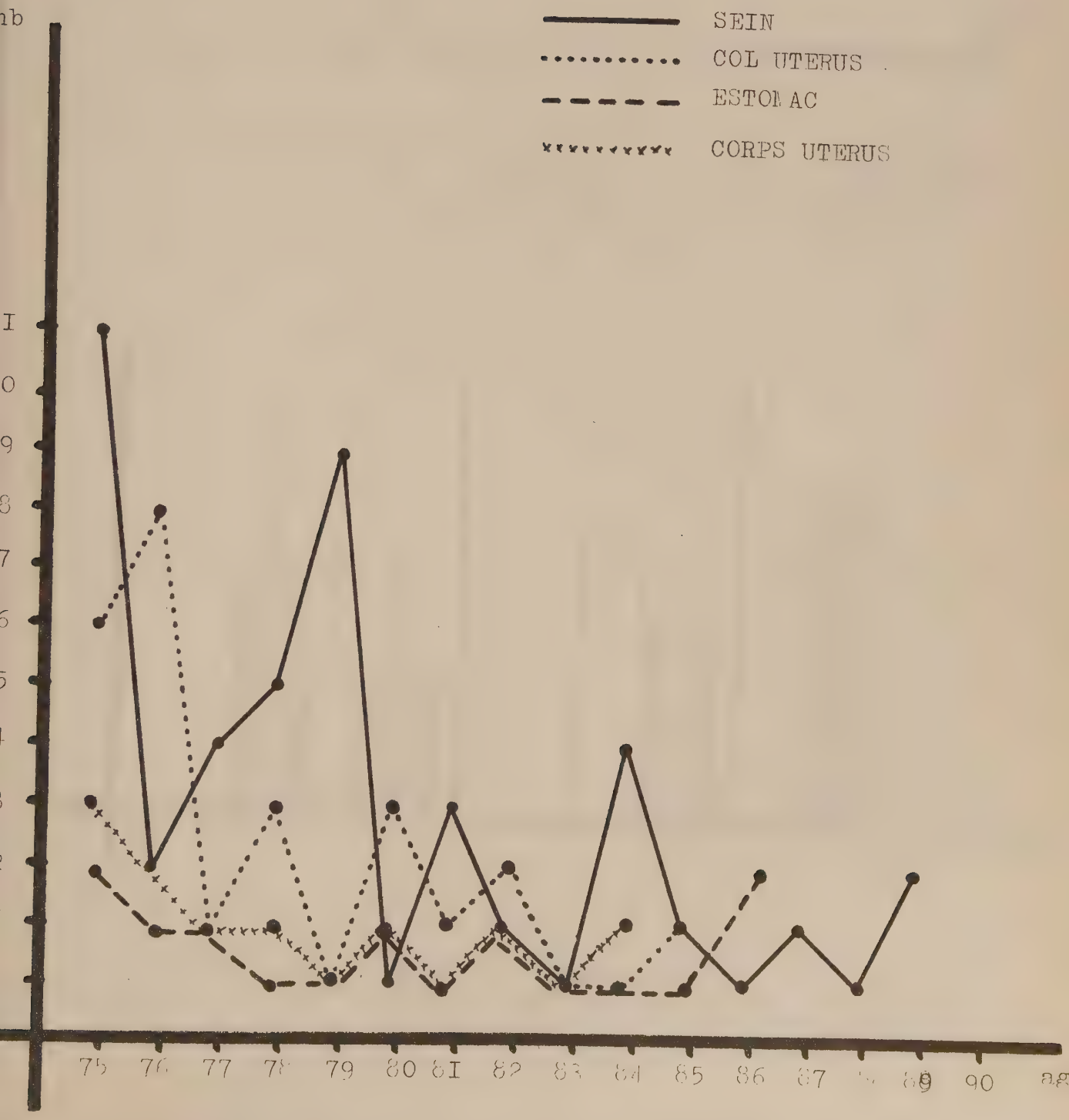
	Population type	RECTUM		LARYNX		OESOPHAGE	
	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
75 à 79 ans	54,1	3	50	2	33,3	6	85,7
80 à 84 ans	30,3	3	50	4	66,6		
85 ans et plus	15,6					1	14,3

TABLEAU XV. (Sta. C.R.H.)

	Population type	SEIN		COL		CORPS		ESTOMAC	
	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
75 à 79	50	31	72,1	18	72	7	70	4	50
80 à 84	31,3	8	18,6	6	24	3	30	2	25
85 et plus	18,7	4	9,3	1	4	0		2	25

TABLEAU XVI. (Sta. C.R.H.)

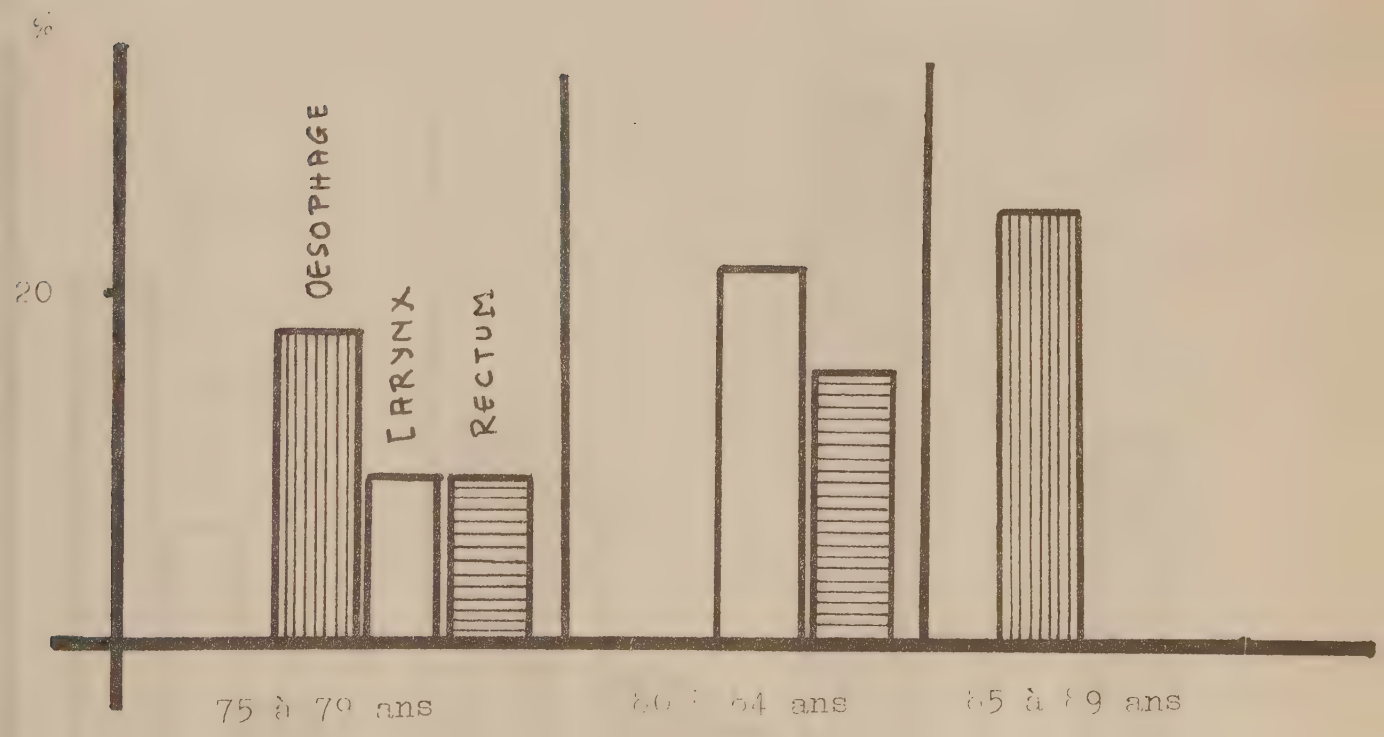
GRAPHIQUE V . Fréquences respectives des divers types de cancer en fonction de l'age (C.R.H.)



SEXE FEMININ

LOCALISATION	75à 79 ans	80 à 84	85 à 89
OESOPHAGE	I8,7	0	25
LARYNX	9,3	22,2	0
RECTUM	9,3	I5,7	0

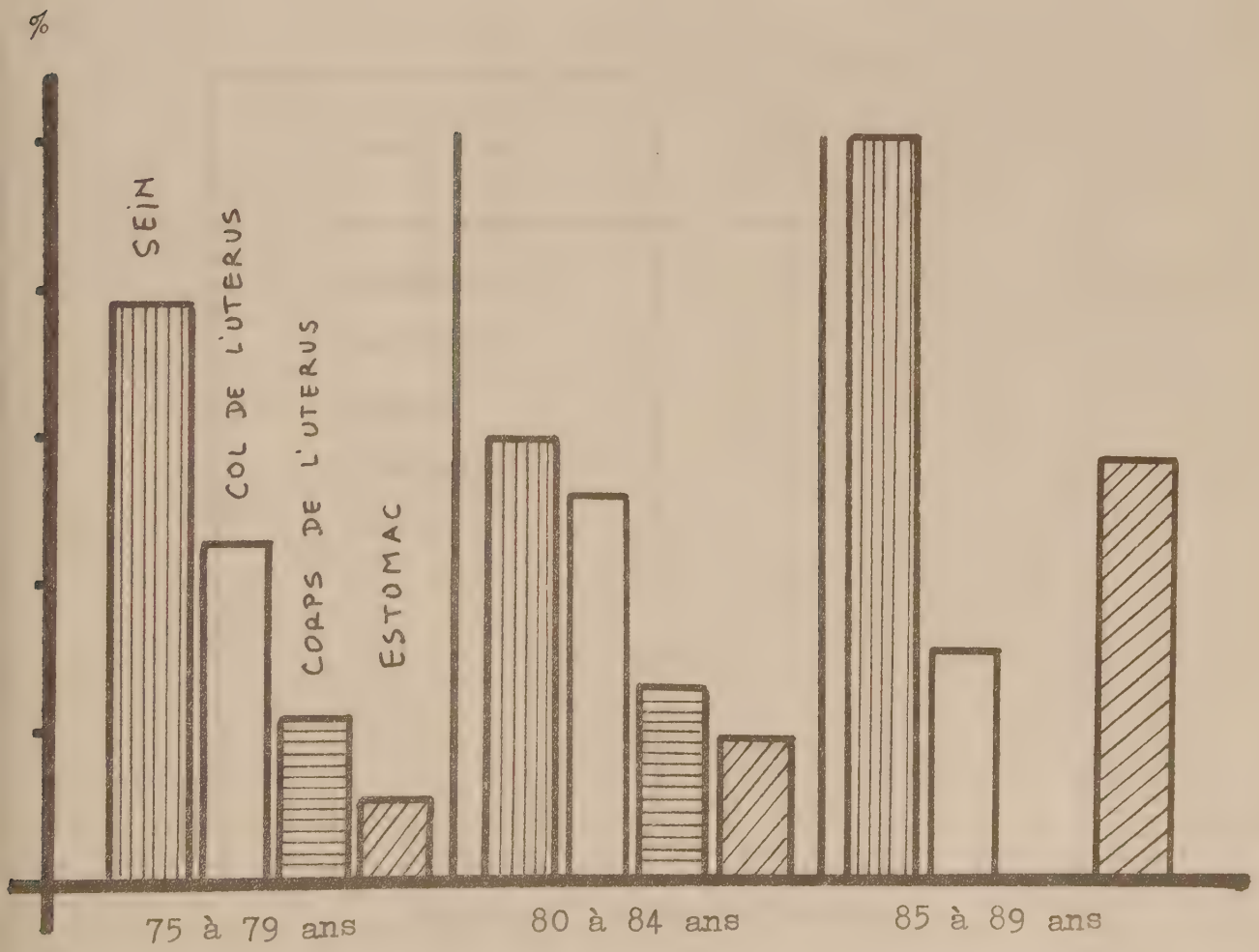
TABLEAU.XVII Pourcentages relatifs de différents cancers chez l'homme agé (Sta.C.R.H.) Pourcentages pour des tranches de vie de 5 ans entre 75 et 90 ans.



GRAPHIQUE. VI . Comparaison des fréquences relatives de 3 cancers en fonction de l'age chez l'homme de plus de 75 ans. (Sta.C.R.H.)

LOCALISATION	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 à 89 ans
SEIN	37	29	50
COL DE L'UTERUS	2I,4	22,2	I2,5
CORPS UTERUS	8,3	II,I	
ESTOMAC	4,7	7,4	25

TABLEAU XVIII. POURCENTAGES RELATIFS DE DIFFERENTS CANCERS CHEZ LA FEMME AGEE.
POURCENTAGES POUR DES TRANCHES DE VIE DE 5 ANS, ENTRE 75 ET 90 ANS. (Sta. C.E.H.)



GRAPHIQUE VII. COMPARAISON DES FREQUENCES RELATIVES DE 4 CANCERS EN FONCTION DE L'AGE CHEZ LA FEMME DE PLUS DE

ETAT GENERAL A LA 1ERE CONSULTATION	NOMBRE DE MALADES
BON	80
MOYEN	74
MAUVAIS	20

TABLEAU XIX. ETAT GENERAL AVANT TRAITEMENT.

AFFECTIONS	HOMMES	FEMMES
CARDIAQUE	4	11
VASCULAIRE	4	11
DIABETE	3	3
PULMONAIRE	2	3
RENALE	1	1
TOTAL :	14	29

TABLEAU XX. PATHOLOGIE ASSOCIEE.

THERAPEUTIQUES	CONNECTICUT TUMOR REGISTRY	CENTRE RENE HUGUENIN	
	%	%	Nb
CHIRURGIE	56	25	43
RADIOTHERAPIE	14	70	91
CHIMIOTHERAPIE			31
NON TRAITES	30	15	17

TABLEAU XXII.

ETAT GENERAL	AVANT TRAITEMENT	APRES TRAITEMENT
Irradiation de la lésion seule		
BON	28	21
MOYEN	20	20
MAUVAIS	2	12
Irradiation lésion et adénopathies		
BON	22	21
MOYEN	1	2
MAUVAIS	1	1

TABLEAU XXIII.

LOCALISATIONS	NOMBRE DE CAS (C.R.H)
SEIN	13
RECTUM	5
VULVE	4
ESTOMAC	3
INTESTIN	3
COL UTERUS	3
LEVRE	2
JOUE (face interne)	2
OESOPHAGE	I
NEZ	I
LARYNX	I
REIN	I
VESSIE	I

TABLEAU XXIV. Répartition topographique des cancers traités par Chirurgie.

TYPE DE L'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS
A VISEE CURATRICE	
Lésion et adénopathies	18
Lésion seule	9
adénopathies métastases	2
TOTAL	29
PALLIATIVE	10
PROPRETE	1

TABLEAU XXV. Différentes interventions pratiquées

(Sta. C.R.H.)

ETAT GENERAL AVANT L'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS
BON	22
MOYEN	10
MAUVAIS	11

TABLEAU XXVI. BILAN PRE OPERATOIRE.

AFFECTIONS CONCOMITTANTES	NOMBRE DE CAS
CARDIAQUES	13 (avec E.C.G. perturbés)
VASCULAIRE	2
PULMONAIRE	3
DIABETE	1
RENALE	1

TABLEAU XXVII. BILAN PRE OPERATOIRE.

	ANESTHESIE GENERALE	INTUBATION	TRANSFUSION PER - OPERAOIRE
Nombre de cas	33	16	23

TABLEAU XXVIII. PER-OPERATOIRE.

	NOMBRE DE CAS
ETAT GENERAL	
- BON	20
- MOYEN	7
- MAUVAIS	3
DECES POST-OPERATOIRE	3
COMPLICATIONS	
- CARDIO-VASCULAIRES	5
- PULMONAIRES	1
- INFECTIEUSES	2
- MECANIQUES	2
TOTAL	10

TABLEAU XXIX. SUITES OPERATOIRES.

LOCALISATIONS	Nb DE CAS avec METASTASES	Nb DE CAS INITIAUX	
SEIN	12	44	27,5
ESTOMAC	3	10	30
COL UTERUS	2	25	8
CORPS UTERUS	2	10	20
GROS INTESTIN	2	5	40
NEZ	2	3	
CAVITE BUCCALE	2	7	28,5
ORO-PHARYNX	1	2	
HYPO-PHARYNX	1	3	
OESOPHAGE	1	7	14,2
RECTUM	1	11	9,1
VULVE	1	9	11,1
PROSTATE	1	1	
REIN	1	1	
VESSIE	1	6	16,6
LARYNX	1	7	14,2

TABLEAU XXX. DENOMBREMENT DES METASTASES.

(Sta. C.R.H.)

LOCALISATIONS	Nb DE RECIDIVES	Nb DE CAS INITIAUX	%
VULVE ET VAGIN	6	9	66
SEIN	4	44	9
CAVITE BUCCALE	3	7	43
LANGUE	2	5	40
COL UTERUS	1	25	4
CORPS UTERUS	1	10	10
REIN	1	1	
VESSIE	1	6	16,5
RECTUM	1	11	9
ESTOMAC	1	10	10
OVAIRE	1	1	
LARYNX	1	7	14,2
LEVRE	1	9	11

TABLEAU XXXI. DENOMBREMENT DES RECIDIVES.

(Sta. C.R.H.)

AGE (années)	REVUE "CONJONCTURE"		MALADES TRAITES POUR CANCERS AU C.R.H.
	HOMME	FEMME	
70	10,1	12,7	
75	7,7	9,5	
78,5			1,8
80	5,6	6,9	
85	4,2	4,9	

TABLEAU XXXIII. COMPARAISON DE LA SURVIE MOYENNE DES DECEDES, AVEC L'ESPERANCE DE VIE, EN ANNEES, D'UNE POPULATION DE MEME AGE.

ANNEE D'OUVERTURE DES DOSSIERS	NOMBRE DE SURVIVANTS							
	1 mois	3 mois	6 mois	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
1959	16	15	13	12	8	4	3	1
1960	13	12	12	10	8	8	5	2
1961	21	20	18	17	12	9	6	0
1962	48	43	40	35	25	13	5	4
1963	56	53	44	33	24	10	6	2
TOTAL :	154	143	127	107	77	44	25	9

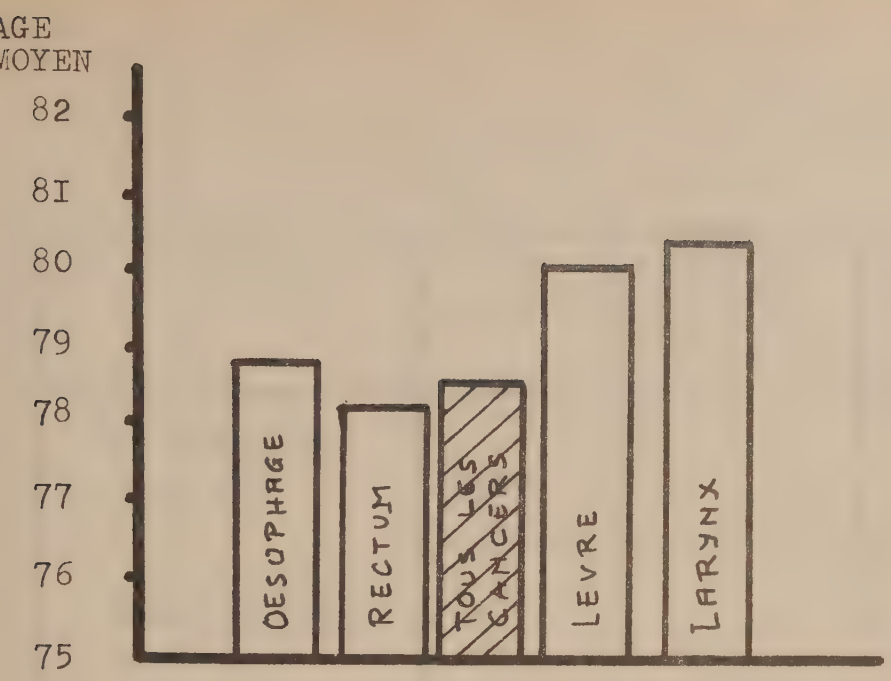
TABLEAU XXXIV. DENOMBREMENT DES SURVIVANTS A DIFFERENTES PERIODES DE L'EVOLUTION.

TEMPS D'EVOLUTION	% DE SURVIVANTS
1 MOIS	88
3 MOIS	82
6 MOIS	73
1 AN	61
2 ANS	44

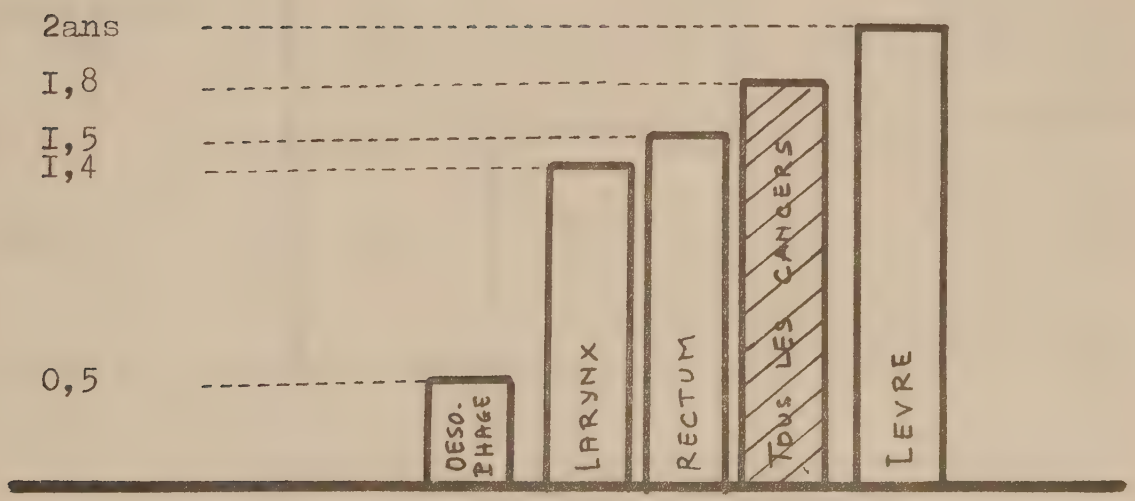
TABLEAU XXXV. POURCENTAGE DE SURVIVANTS
DANS LES 2 PREMIERES ANNEES D'EVOLUTION
DES DIFFERENTS CANCERS.

TEMPS D'EVOLUTION	% DE SURVIVANTS
1 MOIS	90,5
3 MOIS	84
6 MOIS	78
1 AN	68,5
2 ANS	50
3 ANS	37,5
4 ANS	25
5 ANS	9

TABLEAU XXXVI. POURCENTAGES DE SURVIVANTS A 5 ANS
POUR UNE PARTIE DES MALADES TRAITES



GRAPHIQUE VIII. COMPARAISON POUR 4 CANCERS CHEZ L'HOMME AGE, DE L'AGE MOYEN DES MALADES. (Sta. C.R.H.)



GRAPHIQUE IX. COMPARAISON DE LA SURVIE MOYENNE DE 4 CANCERS CHEZ L'HOMME AGE. (Sta. C.R.H.)

	LARYNX	OESOPHAGE	RECTUM	LEVRE	POUR TOUS LES CANCERS
AGE MOYEN (ans) DES MALADES	80,4	78,8	78,3	80,1	78,5
Syndrome Lésionnel comme 1ère manifestation %	100	100	100	100	88,5
RETENTISSEMENT sur L'ETAT GENERL en début d'évolution	+	++++	+	0	+
SURVIE MOYENNE (ANS)	1,4	0,5	1,5	2	1,8
LETHALITE	66,4	100	100	0	78

TABLEAU XXXVII. DONNEES COMPARATIVES POUR DIFFERENTS CANCERS CHEZ L'HOMME AGE.

(Sta. C.R.H.)

LOCALISATIONS	%
TRACHEE, BRONCHES	14,8
ESTOMAC	13,4
PROSTATE	8,8
OESOPHAGE	3,1
INTESTIN	6,9
LARYNX	5,9
CAVITE BUCCALE et PHARYNX	5,1
RECTUM	4,2

% : Proportion pour 100 décès par cancer, toutes localisations

TABLEAU XXXVIII. MORTALITE PAR CANCER EN 1964.
SEXE MASCULIN. (I.N.S.E.R.M.)

LOCALISATIONS	CONNECTICUT 1950 - 1954	FRANCE 1950 - 1954
PROSTATE	45 %	22 %
COLON	40 %	39 %
RECTUM	40 %	30 %
ESTOMAC	15 %	19 %
OESOPHAGE	3 %	2 %

TABLEAU XXXIX. TAUX DE SURVIE A 5 ANS POUR DIFFERENTS CANCERS DE L'HOMME

D'après S. CUTLER.

International Symposium End Results of cancer Therapy. N.C.I. Monograph 15 OCT. 1964.

	STADE 1	STADE 2	STADE 3	STADE 4
NOMBRE DE DOSSIERS	1	15	17	7
CHIRURGIE		6	1	
COBALT		3	3	
CHIRURGIE + COBALT	1	4	2	
CHIMIOTHERAPIE		1	7	7
CHIRURGIE + CHIMIOTHERAPIE		1		
ABSTENTION			2	

TABLEAU XL. TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)

	STADE 1	STADE 2	STADE 3	METASTASE
NOMBRE DE DOSSIERS	2	4	1	1
CHIRURGIE	1	1		
COBALT		1		
COBALT + RADIUM	1	2	1	
CHIMIOTHERAPIE et HORMONOTHERAPIE				1

TABLEAU XLII. TRAITEMENT DU CANCER DU CORPS DE L'UTERUS CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)

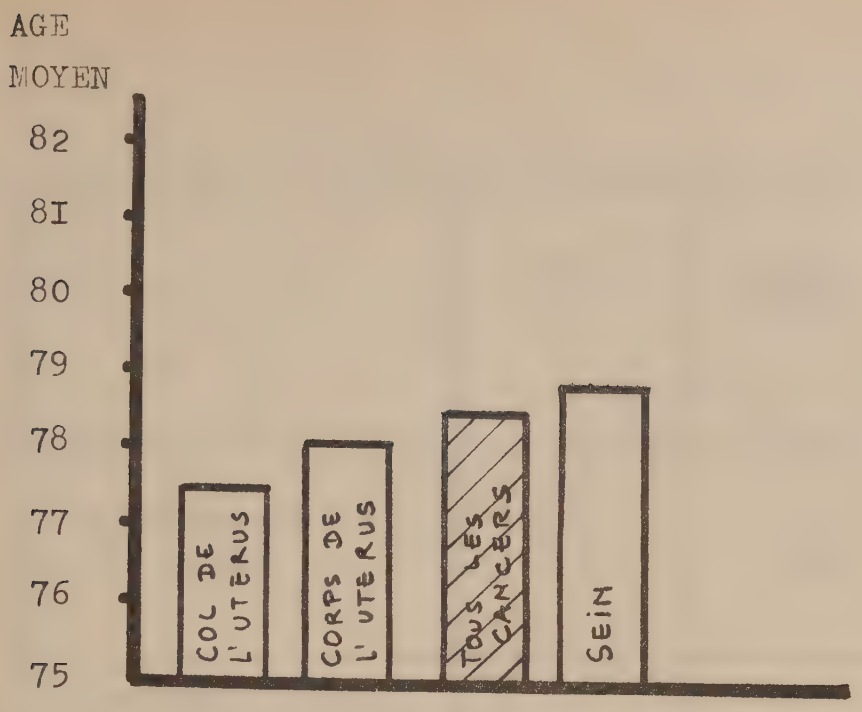
STADE	TRAITEMENT	NOMBRE DE CAS	TYPE D'INTERVENTION		
			MAMECTOMIE SIMPLE	MAMECTOMIE + LYMPHADE-NECTOMIE	REFUS
STADE 1	CHIRURGIE COBALT	1	1		
STADE 2	CHIRURGIE	6	2	3	1
	CHIRURGIE COBALT	4		4	
	CHIRURGIE CHIMIOTHERAPIE	1		1	
STADE 3	CHIRURGIE	1			1
	CHIRURGIE COBALT	2		2	
TOTAL		15	3	10	2

TABLEAU XLI. TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DU SEIN
TYPES D'INTERVENTIONS PRATIQUEES.

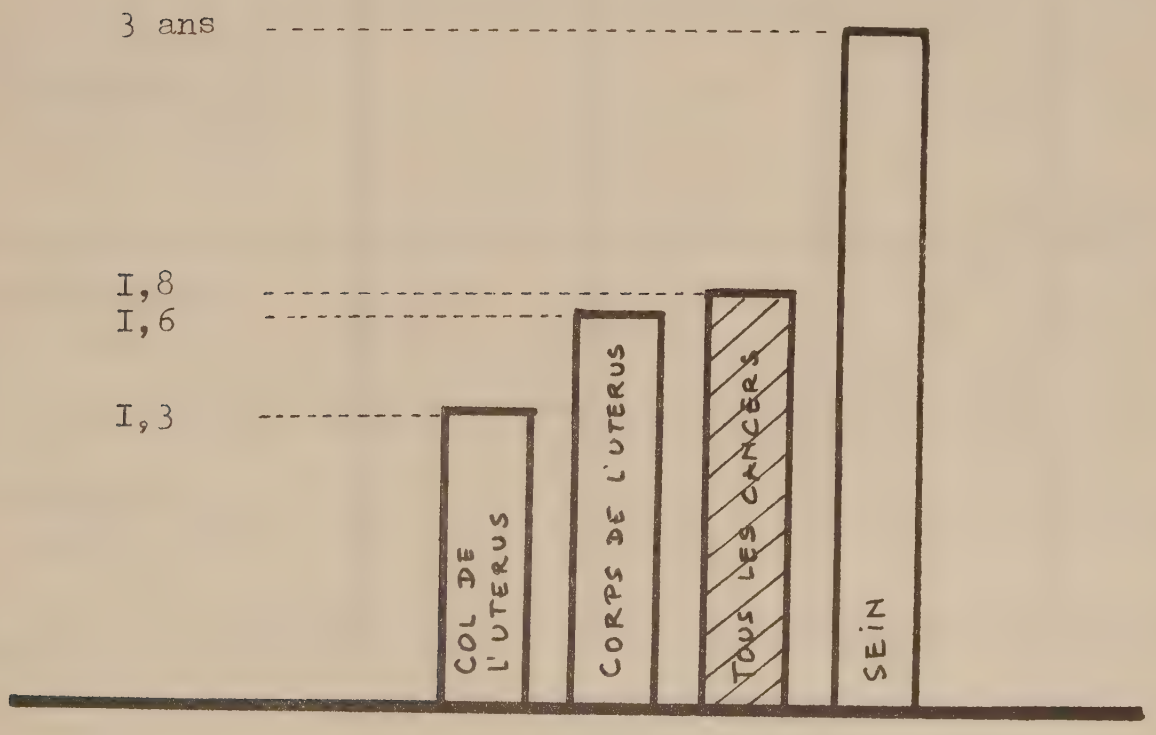
(Sta. C.R.H.)

	DIFFERENTS STADES				RECIDIVE
	1	2	3	4	
Nombre de DOSSIERS	4	4	12	4	1
RADIUM CHIRURGIE	1				
COBALT			3		1
COBALT + RADIUM	3	3	8	1	
RADIUM CHIRURGIE COBALT		1			
ABSTENTIONS			1 (refus)	3	

TABLEAU XLIII. TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTERUS CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)



GRAPHIQUE X. COMPARAISON POUR 3 CANCERS DE LEUR AGE DE SURVENUE CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)



GRAPHIQUE XI. COMPARAISON DE LA SURVIE MOYENNE DE 3 CANCERS CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)

	SEIN	COL DE L'UTERUS	CORPS DE L'UTERUS	TOUS LES CANCERS
AGE MOYEN (ans) DES MALADES	78,9	77,5	78,2	78,5
SYNDROME LESIONNEL COMME 1ère MANIFESTATION %	95	96	90	88,5
RETENTISSEMENT SUR L'ETAT GENERAL en début d'EVOLUTION	++	++	+	+
SURVIE MOYENNE (ans)	3	1,3	1,6	1,8
LETHALITE DU CANCER	78	81	60	78

TABLEAU XLIV. DONNEES COMPARATIVES POUR 3 CANCERS CHEZ LA FEMME AGEE. (Sta. C.R.H.)

<table>
<tr><td rowspan="6">T 1 2 3 4</td><td rowspan="5">N 0 I</td><td>p. ev ++</td><td colspan="3">RADIOTHERAPIE</td><td>B</td></tr>
<tr><td>p. ev +</td><td colspan="3">R.T. +CHIRURGIE</td><td>A</td></tr>
<tr><td rowspan="3">p. ev -</td><td>N+</td><td colspan="2">C.H. + R.T.</td><td>C</td></tr>
<tr><td rowspan="2">N-</td><td>localisation interne et centrale</td><td>C.H. + R.T.</td><td>C</td></tr>
<tr><td>externe</td><td>C.H.</td><td>D</td></tr>
<tr><td>N 2</td><td colspan="4">R.T.</td><td>B</td></tr>
<tr><td>N 3</td><td colspan="4">R.T.</td><td>B</td></tr>
<tr><td colspan="2">T*3 et T*4</td><td colspan="4">R.T.</td><td>B</td></tr>
</table>

TABLEAU XLV. TRAITEMENT SCHEMATIQUE DU CANCER DU SEIN
d'après BRUNET. GEST. HARVEY.

(Travail du C.R.H.)

LOCALISATIONS	%
SEIN	14,7
ESTOMAC	12,7
INTESTIN	11,7
UTERUS CORPS	7,7
RECTUM	3,8
TRACHEE BRONCHES	3,5
COL UTERUS	2,1
OESOPHAGE	1,2

% : Proportion pour 100 décès par cancer toutes localisations

TABLEAU XLVI. MORTALITE PAR CANCER EN 1964 EN FRANCE
SEXE FEMININ. (I.N.S.E.R.M.)

LOCALISATIONS	CONNECTICUT 1950 - 1954	FRANCE 1950 - 1954
SEIN	58 %	
COL UTERUS	56 %	51 %
COLON	46 %	29 %
RECTUM	41 %	37 %
ESTOMAC	12 %	22 %
OESOPHAGE	12 %	2 %

TABLEAU XLVII. TAUX DE SURVIE A 5 ANS POUR
DIFFERENTS CANCERS DE LA FEMME.

D'après S. CUTLER.

International Symposium End Results of cancer Therapy
N.C.I. Monograph 15 Oct. 1964.

LOCALISATIONS	Nb D'OBSERVATIONS
FACE	63
PAUPIERES	7
OREILLES	8
CUIR CHEVELU COU	2
TRONC (comprenant marge de l'anus)	2
MEMBRE INFERIEUR	4
INDETERMINEES	8
LEVRE CUTANEE	2

TABLEAU XLVIII. REPARTITION TOPOGRAPHIQUE DES CANCERS DE LA PEAU. (Sta. C.R.H.)

THERAPEUTIQUES EMPLOYEES	Nb de CAS
CHIRURGIE	
Exérèse seule Electro-coagulation seule Mixte	11
RADIOTHERAPIE	
Cobalt Curiethérapie Contactherapie	62
CHIRURGIE ET RADIOTHERAPIE	9

TABLEAU XLIX. DIFFERENTES THERAPEUTIQUES EMPLOYEES POUR LES CANCER DE LA PEAU.

(Sta. C.R.H.)

B I B L I O G R A P H I E

ALBERTINI (A. Von) - Cancer and age. Gerontologic aspect of the problem of cancer. J. Gerontology, 1951, 6., suppl., 54.

ANDREWS (G.S.) - Latent Carcinoma of the prostate. J. Clin. Path., 1949, 2. p. 197-208.

AUGER (C.) - A propos de l'âge du cancer. Un. Med. Canada, 1954, 83, p. 252-254.

BALLON (H.C.) - Aging and cancer. J. Amer. Geriat. Soc., 12, janv. 1964, p. 86-89.

BARON (E.) et AGRIST (A) - Incidence of occult adenocarcinoma of the prostate, after fifty years.of age. Arch. Path., 1941, 32, p. 787-793.

BARTEL (M.) - Carcinoma of the organs and age. Z. Krebsforsch, 17, décembre 1963, p. 15-20.

BRUCKNER (L.) - Estimation of the incidence of malignate tumors in relation to the age structure of the population. Cesk Zdrav. 12, juin 1964, p. 323-326.

BRUNET (M.), GEST (J.) et HARVEY (P.) - L'association radio-chirurgicale dans le traitement du cancer du sein. Vie médicale, 46, février 1965, p. 215-231.

BYRD (B.F.J.) - Cancer of the breast in advanced age groups. Surgery St Louis, 1950, 27, p. 414-416.

CUTLER (S.J.) et EISENBERG (H.) - Cancer in aged. Annals of the New-York Academy of Sciences, 114, N° 2, 2 avril 1964, p. 771-781.

DELARUE (J.), CHOMETTE (G.) et ARYEN (D.) - Le cancer chez le vieillard. Dénombrement nécropsique dans une population d'hospice. Bull. du Cancer, 1961, t. 48, n° 1, p. 18-34.

DENOIX (P.) et FEINGOLD (J.) - Cancer et longévité. Revue du Praticien, 11 mars 1966, t. XVI, n° 8, p. 1057-1064.

ETUDE ET CONJONCTURE - Revue de l'I.N.S.E.E., n° 1, janvier 1967.

EWING (G.) - Relation of cancer to old age. Ann. J. Med. Soc., I929, I77, p. 46I-476.

FLAMANT (R.), MAUJOL (L.) et LASSERRE (O.) - Mortalité par cancer en France en I964. Bulletin de l'I.N.S.E.E., t. 20, n° 6, I965, p. 735-736.

GEST (J.) et DELOUCHE (G.) - La radiothérapie concentrée. Résultats immédiats et possibilités. J. Radiol. Electrol., t. 47, I966, n° I2, p. 8I2-8I7.

HIRST (A.E.) et BURGAM (R. Th.) - Carcinoma of the prostate in men 80 or more years old. Cancer, I954, 7, p. I36-I4I.

HOVELL (H.T.) et PIGGOT (A.P.) - Morbid anatomy of old age. Geriatrics, I95I, 6 et 7, p. 85-95 et I37-I42.

KRAFT (R.O.) et BLACK (G.E.) - Mammary carcinoma in the aged patient. University of Michigan-Medical-Center. Annals of Surgery, I56, n° 6, p. 98I-985.

LACHAPELE, AUCHE, LAMARCHE, KATZ et HUGUES - Journal de Médecine de Bordeaux et Sud-Ouest. Mars I964, n° 3.

LALANNE (C.M.) et TUBIANA (M.) - Principes généraux de la Radiothérapie de haute énergie des cancers. Revue du Praticien, t. I6, n° II, I966, p. I42I-I435.

LILLIENFELD (A.M.) et JOHNAN (E.A.) - The Age distribution in female breast and genital cancer. Cancer, I955, 8, p. 875-882.

MAC DONALD (I.) - Mammary Carcinoma. Review of 2636 cases. Surg. Gyn. Obstet., I942, p. 74-75.

MONOD-BROCA (Ph.) et TESTAS (P.) - La chirurgie chez les vieillards. Presse Médicale, 74, 5 mars I966, p. 599-603.

MONSAINGEON (A.), FLORENT (R.) et GRUMER (M.) - La chirurgie du veillard. Mém. Acad. Chirurgie, 9I, n° 32-33, déc. I965, p. I03I-I042.

MOORE (R.A.) - The morphology of small prostatic carcinoma. J. Urol., 1935, 33, p. 224-234.

MOUCHET (A.), NEDEY (R.) et COMMU (P.) - Geronto-chirurgie. Mémoires Acad. Chirurgie, 82, n° 12-13, 18-25 avril 1956, p. 377-387.

MULLIGAN (R.N.) - Geriatric cancer. Analysis of 257 autopsied cancer patients 70 years of age and older. Cancer, 1959, 12, p. 970-981.

POPULATION - (I.N.E.D.), n° 2, 1961.

PRESSE MEDICALE - Constatation d'autopsie. Causes de décès après 90 ans. Office Central de statistique de Finlande. 8 juin 1963.

REGAUD et Coll. - Influence du "facteur du temps" sur la stérilisation des lignées cellulaires normales et néoplasiques par la Radiothérapie. Arch. Institut du Radium. t. I, 1928, p. 343-357.

RICH (A.R.) - Occult carcinoma of prostate. J. Urol., 1935, 33, p. 215-223.

RIZZI (I.) - Rôle of the age factor in the process of cancerogenesis. Minerva Med. 56, 5 mai 1965, p. 1449-1450.

ROUSSY (G.) et LEROUX (R.) - Statistiques de la mortalité par cancer chez le vieillard. Bull. Ass. Franç. et cancer, 1922, II, p. 69-73.

ROUSSY (G., LEROUX (R.) et VERMES (E.) - Nouveaux documents statistiques du cancer chez le vieillard. Bull. Ass. Franç. et Cancer, 1927, 15, p. 52-55.

Vu le Président

de Thèse.

Professeur H. BRICAIRE.

Vu le Doyen de

la Faculté.

Professeur G. BROUET.

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS.